

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Ošetřovatelská péče o pacienty s dekubity v následné lůžkové péči

Nursing care of patients with pressure ulcers in the subsequent inpatient care

Ivana Šrámková

Bakalářská práce
2012

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana Šrámková**
Osobní číslo: **Z09000142**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Ošetřovatelská péče o pacienty s dekubity v následné lůžkové péči**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl výzkumu:

Zjistit, jaké znalosti mají sestry o ošetřovatelské péči o pacienty s dekubity.

Zjistit místa nejčastějšího výskytu dekubitů.

Zjistit vybavenost oddělení antidekubitními matracemi a polohovacími pomůckami.

Východiska (abstrakt):

Bakalářská práce pojednává o ošetřovatelské péči o pacienty s dekubity v následné lůžkové péči. Dekubity jsou jedním z indikátorů kvality ošetřovatelské péče. Kvalitní ošetřovatelská péče může být poskytována pouze všeobecnými sestrami, které mají dostatečné znalosti jak v prevenci, tak v léčbě dekubitů. Sledování výskytu dekubitů je metodou sledování kvality ošetřovatelské péče. Dostatek prostředků k prevenci a terapii dekubitů je základem pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládám, že většina sester uspěje ve vědomostním testu.
2. Předpokládám, že nejvíce dekubity vznikají v oblasti kosti křížové a pat.
3. Domnívám se, že vybavenost oddělení antidekubitními matracemi a polohovacími pomůckami je dostatečná.

Metoda: kvantitativní

Technika:

dotazník pro sestry

osobní šetření na oddělení

analýza dat a informací z podkladů Nemocnice následné péče v Ryjicích u Ústí nad Labem a z Léčebny dlouhodobě nemocných v Liberci

Místo a čas výzkumu:

Dotazníky budu distribuovat v prosinci 2011 do Nemocnice následné péče v Ryjicích u Ústí nad Labem a do Léčebny dlouhodobě nemocných v Liberci.

V březnu 2012 si vyžádám podklady o výskytu dekubitů a inventární seznam v obou zařízeních, provedu osobní šetření na odděleních.

Vzorek: sestry ve všech směnách v Nemocnici následné péče v Ryjicích u Ústí nad Labem a v Léčebně dlouhodobě nemocných v Liberci

Rozsah grafických prací: např. 10 tabulek a 10 grafů

Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N. Prevence dekubitů. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. s. 104. ISBN 978-80-247-2043-2

HOFFMANNOVÁ, P., PLÍVOVÁ, L. Základy ošetrovatelské péče. 1. díl. 1. vydání. Technická univerzita v Liberci, 2008. s. 124. ISBN 978-80-7372-340-8

BUREŠ, I. Léčba rány. 1. vydání. Praha: Galén, 2006. s. 78. ISBN 80-7262-413-X

STRYJA, J. Repetitorium hojení ran. 1. vydání. Semily: Geum, 2008. s. 199. ISBN 978-80-86256-60-3

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. Ošetrovatel'stvo 2. Martin: Osveta, 2004. s. 638. ISBN 80-217-0528-0

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jana Andršová
Ústav zdravotnických studií

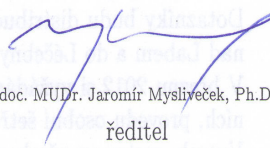
Datum zadání bakalářské práce: 15. září 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2012

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor



doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel



V Liberci dne 30. listopadu 2010

P r o h l á š e n í

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum:

Podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Janě Andršové za vedení mé bakalářské práce, za její vstřícnost, cenné rady, podněty a připomínky.

Dále děkuji vrchní a hlavní sestře za umožnění výzkumu v jejich zařízeních a všem sestrám, které věnovaly svůj čas vyplnění dotazníku.

ANOTACE

Jméno a příjmení autora: Ivana Šrámková

Instituce: Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienty s dekubity v následné lůžkové péči

Vedoucí práce: Mgr. Jana Andršová

Počet stran: 79

Počet příloh: 9

Rok obhajoby: 2012

Klíčová slova: dekubity
místa nejčastějšího výskytu dekubitů
antidekubitní matrace a polohovací pomůcky

Bakalářská práce pojednává o ošetrovatelské péči o pacienty s dekubity v následné lůžkové péči. Kvalitní ošetrovatelská péče může být poskytována pouze sestrami, které mají dostatečné znalosti v teorii, prevenci a léčbě dekubitů. Sledování výskytu dekubitů je metodou sledování kvality ošetrovatelské péče. Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je potřeba dostatek prostředků k prevenci a terapii.

ANNOTATION

Name and surname:	Ivana Šrámková
Institution:	Technical University of Liberec Department of Health Studies
Title:	Nursing care of patients with pressure ulcers in the subsequent inpatient care
Supervisor:	Mgr. Jana Andršová
Pages:	79
Addenda:	9
Year:	2012
Key words:	pressure ulcers most common sites of occurrence of pressure ulcers mattress and positioning aids

Bachelor thessis deals with nursing care of patients with pressure ulcers in the subsequent inpatient care. Good nursing care can be provided only nurses who have sufficient knowledge in theory, prevent and treat pressure ulcers. Monitoring the incidence of pressure ulcers is a method of monitoring the quality of nursing care. To provide quality nursing care is needed sufficient resources to prevention and therapy.

Obsah

1	Úvod.....	9
2	TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1	Anatomie a fyziologie kůže	10
2.2	Dekubitus	11
2.2.1	Definice.....	11
2.2.2	Dekubitus - indikátor kvality ošetrovatelské péče	12
2.2.3	Etiologie.....	13
2.2.4	Predilekční místa.....	18
2.2.5	Klasifikace dekubitů	18
2.2.6	Fáze hojení dekubitů.....	20
2.2.7	Infekce	21
2.3	Prevence.....	22
2.3.1	Preventivní opatření proti vzniku dekubitů	22
2.3.2	Hlavní cíle v prevenci dekubitů	25
2.3.3	Hodnocení rizika vzniku dekubitů	26
2.4	Terapie	27
2.4.1	Konzervativní léčba dekubitů	27
2.4.2	Chirurgická léčba dekubitů.....	31
2.4.3	Další druhy terapie dekubitů.....	32
2.5	Následná péče	33
3	PRAKTICKÁ ČÁST	35
3.1	Výzkumný cíl a hypotézy	35
3.2	Metodika výzkumu	35
3.3	Analýza dotazníkového šetření	38
3.4	Analýza lokalizace dekubitů.....	58
3.5	Analýza hypotéz	61
4	DISKUZE	66
5	ZÁVĚR	71
6	LITERATURA A PRAMENY.....	73
7	SEZNAM TABULEK	76
8	SEZNAM GRAFŮ	78
9	SEZNAM PŘÍLOH.....	79

1 Úvod

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči a problematiku dekubitů u pacientů v následné lůžkové péči.

Dekubity (proleženiny) jsou zdravotní komplikací, která způsobuje pacientovi dyskomfort, prodlužuje délku hospitalizace a její léčba je finančně náročná. Vzniku dekubitu se dá předejít vhodným nastavením preventivních opatření.

Kvalitní ošetrovatelská péče může být poskytována pouze sestrami, které mají dostatečné znalosti v prevenci i terapii dekubitů. Důležitá je i vybavenost zařízení prostředky k prevenci, ošetrování a léčbě.

Hlavním účelem následné lůžkové péče je poskytování specializované ústavní péče zaměřené na doléčení, ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Pacienti přicházejí převážně z akutních oddělení nemocnice, ale i z terénu s potřebou doléčení po proběhlé nemoci, úrazu, operaci, nebo ke stabilizaci chronického onemocnění.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá anatomií a fyziologií kůže, rozsáhlou problematikou dekubitů, kde je rozebrána etiologie, popsány predilekční místa, klasifikace, fáze hojení, komplikace, prevence a léčba dekubitů. Také je zde použit výraz - dekubitus, jako indikátor kvality, poněvadž nízký počet dekubitů na oddělení je důležitým ukazatelem dobré a kvalitní ošetrovatelské péče. Praktická část obsahuje vlastní výzkum, který měl zjistit jaké mají sestry znalosti o ošetrovatelské péči o pacienty s dekubity, místa nejčastějšího výskytu dekubitů a vybavenost oddělení antidekubitními matracemi a polohovacími pomůckami.

Touto prací bych chtěla přispět ke zjištění znalostí sester o ošetrovatelské péči o pacienty s dekubity v následné lůžkové péči. Dále bych chtěla zmapovat místa nejčastějšího výskytu dekubitů a zjistit vybavenost oddělení následné péče antidekubitními matracemi a polohovacími pomůckami. Práce ukáže, jaké mají sestry vědomosti a jestli mají k dispozici potřebné pomůcky k prevenci a ošetrování dekubitů.

Chtěla bych poukázat na téma dekubitů, jako důležitou oblast zájmu sester a vedoucích pracovníků sledujících kvalitu ošetrovatelské péče.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Anatomie a fyziologie kůže

Anatomie kůže

Kůže (cutis, derma) pokrývá celý povrch těla a odděluje tak vnitřní prostředí organismu od zevního. Je to největší orgán těla, u dospělého člověka pokrývá plochu 1,1 až 1,85 m². Představuje až 12% tělesné váhy.

Kůži tvoří pokožka, škára a podkožní vazivo. Spolu s přídatnými útvary (vlasy, chlupy, nehty, kožní žlázy, receptory, nervy, svaly vzpřimující chlupy) tvoří kožní ústrojí. (1, 2)

Pokožka (epidermis)

Má čtyři typy buněk: keratinocyty, melanocyty, imunitní buňky a Merkelovy buňky. Keratinocyty mají charakter kmenových buněk a nacházejí se v nejhlubší vrstvě epidermis. Průběžným dělením a vyzríváním vznikají stále nové keratinocyty, které se posouvají směrem k povrchu, postupně se oplošťují, degenerují a zvyšují obsah bílkoviny keratinu. V povrchové vrstvě odumírají a odlupují se v podobě šupin. Melanocyty tvoří kožní pigment melanin, který pohlcuje škodlivé ultrafialové záření a přispívá k hnědému zbarvení kůže. Imunitní buňky (Langerhansovy) pohlcují a zneškodňují mikroorganismy. Merkelovy buňky leží v nejhlubší vrstvě pokožky a jsou v kontaktu s plochým zakončením dostředivého neuronu ve škáře a společně slouží vnímání dotykového cití. (1, 2)

Škára (dermis)

Tvoří dvě vrstvy. Povrchovou a hlubší vrstvu. Povrchová vrstva je tvořena sítí elastických vláken, která činí kůži roztahatelnou a současně pružnou. Do pokožky vybíhá řadou bradavčitých výběžků (papily), některé obsahují receptory kožního cití, jiné klíčky krevních kapilár. Papily mají místy charakteristické uspořádání, tvoří rýhy a valy. Hlubší vrstva má vazivové a tukové buňky uložené v síti kolagenních vláken, která činí kůži pevnou. Ve škáře jsou uloženy vlasové folikuly, potní a mazové žlázy, nervové pleteně a sítě krevních a lymfatických cév. (1, 2)

Podkožní vazivo (tela subcutanea)

Je to nejhlouběji uložená vrstva kůže. Umožňuje spojení kůže s vazivovým povrchem kostí a svalů. Obsahuje buňky, které mají schopnost ukládat tuk mezi trámce vaziva. Podkožní vazivo má velmi bohaté nervové a cévní zásobení. Nacházejí se v něm Vaterova- Paciniho tělíška, která jsou receptory cití tahu a tlaku. Tloušťka vaziva závisí na mnoha faktorech, místu uložení, pohlaví, věku, hormonálních faktorech, výživě atd. (1, 2)

Fyziologie kůže

Kůže má řadu důležitých funkcí, bez kterých by organismus nebyl schopen života. Chrání organismus před zevními vlivy, mezi které patří vysychání, chemické a mechanické poškození, ultrafialové záření, mikroorganismy. Podílí se na udržování tělesné teploty vazokonstrikcí nebo vazodilatací cév, vylučováním potu a poskytuje izolaci prostřednictvím tukové vrstvy a ochlupení. Zprostředkovává kožní cití pomocí kožních receptorů. Další důležitou funkcí je funkce skladovací, kde tuková tkáň slouží jako zásobárna energie. Jsou zde uloženy vitaminy rozpustné v tucích. Kůže je zásobárnou krve. Při rozšíření tepének v kožní části krevního oběhu se krev v kůži hromadí, při zúžení tepének se průtok krve snižuje, což nastává například při krevní ztrátě. Vylučovací funkce je zabezpečena mazovými a potními žlázami. Maz a pot chrání kůži. Kromě vody vydává kůže do potu i malé množství odpadních látek. Jeli kůže zdravá a neporušená, je její resorpční funkce malá. Léky, které chceme do kůže aplikovat, musí být rozpuštěny v tukových základech krémů a mastí. Pod vlivem ultrafialového záření vzniká v kůži prekurzor vitamínu D₃. (1)

2.2 Dekubitus

2.2.1 Definice

Dekubitus jinými slovy proleženina, prosezenina, tlaková léze nebo vřed je lokalizovaná oblast buněčného poškození způsobená poruchou mikrocirkulace.

Dochází k hypoxii (nedostatku kyslíku ve tkáních) a tudíž k místnímu odumření tkáně postihující kůži, podkožní tkáň, někdy až na kost. (4)

„Dekubitus je jakékoliv poškození kůže nebo tkáně kůže způsobené přímým tlakem nebo třecími silami, poškození může být v rozsahu od trvalého erytému až po nekrotickou ulceraci postihující svaly, šlachy a kosti. K tomu, aby rána vznikla, musí působit alespoň dva tyto faktory“.

(Mikula, Müllerová, 2008, s. 11)

„Dekubitální vřed (dekubitus) je ischemické poškození tkáně vzniklé protrahovaným působením tlaku. Postihuje kůži, podkoží i hlubší struktury“.

(Topinková, 2005, s. 28)

2.2.2 Dekubitus - indikátor kvality ošetrovatelské péče

Výskyt dekubitů je jedním z indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Je to signál, kterého se užívá ke srovnání rozdílů numerických dat za určitou dobu nebo mezi několika pracovišti. Užívá se k hodnocení, monitorování a porovnávání kvality.

Standard kvality je dohodnutá úroveň dosažení požadovaného výsledku péče. Aby mohla být kvalita ošetrovatelské péče v oblasti dekubitů zlepšována, musí být sledována a prověřována úroveň preventivních opatření. Za sledování a hodnocení potřeb pacientů odpovídají sestry, v jejichž náplních činnosti je uloženo sledovat a hodnotit potřeby, rizikové faktory nebo projevy onemocnění pacientů, včetně rizikových faktorů k vzniku dekubitu. Za zavedení systému kvality ošetrovatelské péče pak odpovídají náměstkyně ošetrovatelské péče (hlavní sestry).

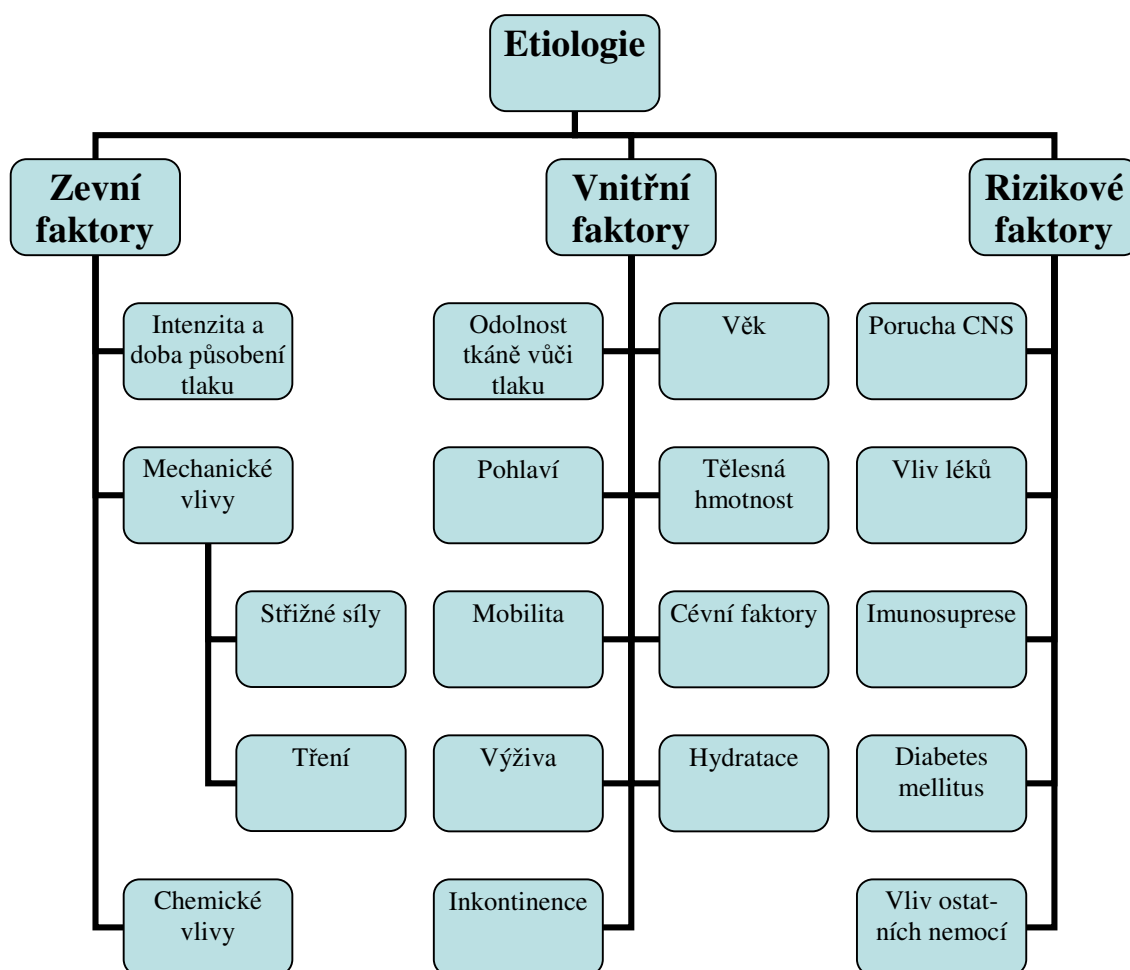
V roce 2000 se objevily první pokusy o zavedení národní metodiky, kdy proběhlo mezi čtyřmi fakultními nemocnicemi porovnání. V letech 2003 až 2005 probíhalo druhé porovnání v rámci projektu Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví české republiky. Do projektu se zapojilo šest fakultních nemocnic.

Sledování dekubitů jako indikátorů kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni je projekt Ministerstva zdravotnictví s cílem vytvořit jednotnou metodiku řešící sběr dat o riziku, výskytu, původu a závažnosti dekubitů, který byl realizován v roce 2008. Výstupem z tohoto projektu je Metodika prevalenčního sledování rizika a výskytu dekubitů, která je uveřejněna ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 6/ 2009 jako metodické doporučení, nemocnice se mohou přidat dle zájmu, je to dobrovolný proces.

V roce 2009 bylo MZ ČR převzetím projektu pověřeno Národní referenční centrum, které od začátku roku 2010 realizuje projekt na národní úrovni a tím zajišťuje další vývoj standardizovaných ukazatelů kvality ošetrovatelské péče. (2, 23, 24, 25)

2.2.3 Etiologie

Vznik a další rozvoj dekubitů ovlivňuje mnoho faktorů (obr. č. 1). Tyto faktory lze rozdělit do tří skupin. Zevní a vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů a rizikové faktory způsobené změněným zdravotním stavem. (3)



Obr. č. 1 - Grafické znázornění etiologie vzniku dekubitů (3)

Zevní faktory ovlivňující vznik dekubitů

Do této skupiny řadíme tyto faktory: intenzitu a dobu působení tlaku, mechanické vlivy a chemické vlivy. (2, 3)

Intenzita a doba působení tlaku

Dekubity mohou vzniknout po krátkém působení vysokých kontaktních tlaků nebo po delší době působení nízkého kontaktního tlaku. Překročí-li intenzita tlaku hodnotu normálního kapilárního tlaku tj. 4, 27 kPa (32 mm Hg), dojde k zástavě cirkulace a to

buď formou ischemie nebo formou kapilární stázy či kombinací obou. Důsledkem je vždy poškození až odumrtí tkáně, ležící mezi kostní prominencí a podložkou. Vznik dekubitu tedy závisí na intenzitě tlaku dané hmotností těla.

Doba působení tlaku, během které dochází k vytvoření dekubitu, závisí i na ostatních faktorech. Čím je větší hmotnost těla, horší celkový zdravotní stav, nepříznivější zevní podmínky, tím stačí kratší doba působení tlaku ke vzniku dekubitu. V extrémních případech to může být 20 – 30 minut. Neplatí proto obvykle uváděná doba dvou hodin.

Důležitá je i odolnost tkání vůči tlaku. (3)

Mechanické vlivy

Střížné síly

Stříhové namáhání je výsledkem působení gravitace táhnoucí tělo dolů, hlavně na nakloněném povrchu a v případech, kdy mezi kůží a podpůrným povrchem vzniká velké tření. Namáhání se také objeví při nesprávné manipulaci s pacientem na lůžku. Pokud je pacient popotahován, místo aby byl nadzvednut nad matraci, dochází v důsledku střížné síly k významnému snížení toku krve tím, že se cévy napínají, zalamují nebo trhají. Poškození je také způsobeno tím, že níže uložená svalová vlákna a podkožní tkáň jsou odtrženy, což vyvolává koagulační kaskádu a vzniklé krevní sraženiny následně blokují mikrocirkulaci. (2)

Tření

Třením o podložku dochází k poškozování povrchové (rohové) vrstvy kůže, tím je snížena její přirozená obranyschopnost a je vystavena riziku vniknutí infekce. Porušená kůže je tak náchylnější ke vzniku dekubitu. Tření je zvýšeno, pokud je přítomna vlhkost a teplo, např. pokud je pacient inkontinentní nebo má zvýšenou teplotu. Mnoho mechanických poškození způsobují pády a přesuny pacienta z lůžka na lůžko, z lůžka na WC, z lůžka na invalidní vozík, nerovnosti lůžka dané shrnutým ložním prádlem, ale i špatně přiložené obvazy. (2)

Chemické vlivy

Působením potu, moči a stolice se narušují povrchové vrstvy kůže. Dochází tak k maceraci. Takto porušená kůže je méně odolná vůči infekcím a je náchylnější ke vzniku dekubitů. Zvýšené riziko vzniku dekubitů je u inkontinentních pacientů a u pacientů se zvýšeným pocením, např. při horečce. (2)

Vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů

Do této skupiny řadíme tyto faktory: odolnost tkáně vůči tlaku, věk, pohlaví, tělesnou hmotnost, mobilitu, cévní faktory, výživu, hydrataci a inkontinenci. (2)

Odolnost tkáně vůči tlaku

Vzhledem ke své anatomické stavbě (řídka cévní síť, nepevná stavba tkáně) má na tlak nejmenší odolnost tuková vrstva. O něco málo odolnější jsou svaly a nejvíce odolné tlaku je vazivo a kůže. (2)

Věk

Ve vyšším věku kůže fyziologicky zhoršuje svou kvalitu. Je snížena její elasticita a pevnost v tahu. Pokožka je proto křehká a snáze zranitelná. Navíc je pokožka celkově méně prokrvená, což snižuje možnost hojení. (2)

„U seniorů je 20krát vyšší pravděpodobnost vzniku dekubitů než u lidí ve stáří 20 - 40 let. Některé studie uvádějí, že nejvíce jsou ohroženi pacienti ve věkovém pásmu 71 - 90 let. Až 71% pacientů je starších 70 let.“ (Míkula, Müllerová, 2008, s. 14)

Pohlaví

Ženy jsou ke vzniku dekubitů náchylnější, poněvadž tukové vrstvy jsou u žen silnější než u mužů. (2)

Tělesná hmotnost

Jakákoli odchylka od doporučené tělesné váhy může zvýšit riziko vzniku dekubitu. U kachektických osob je riziko vzniku z důvodu malé vrstvy podkožního tuku, která chrání svaly před účinkem tlaku. Obézní lidé jsou zase omezováni nadměrnou váhou v pohybu a obtížně se polohují. Jejich obezita ztěžuje práci zdravotnickému personálu, který se snaží preventivními opatřeními zabránit vzniku dekubitu. (2)

Mobilita

Zdravý člověk provádí řadu spontánních pohybů ke snížení tlaku, které ho chrání před vznikem dekubitu. V nemocnici může být tato obrana ztracena při letargii, poškození mozku nebo nervů, při anestezii nebo při operačních technikách, v bezvědomí. (2)

Cévní faktory

Jakákoli porucha objemu, nebo toku krve snižuje odolnost kůže. Přispívá k tomu přeplnění žil, arteriosklerotické změny a cévní poruchy způsobené kouřením. Šok zahrnující periferní cévní selhání způsobuje vážné nebezpečí vzniku dekubitů. Anémie zabraňuje účinkům reaktivní hyperemie. Reaktivní hyperemie je normální fyziologická odpověď na tlakovou ischemii. Je to proces, kdy tělo zvyšuje přívod krve do míst, která byla o kyslík dočasně ochuzena a pomáhá tak navodit přirozenou rovnováhu. Tento jev by se neměl zaměňovat s nereaktivní hyperemií, což je dekubit I. stupně. (2)

Výživa

Nedostatečná výživa zvyšuje riziko dekubitů. Pacient nemusí vždy vypadat vyhuble nebo nezdravě. Mnohdy dokonce vzhledově působí dojmem člověka dobře živeného či obézního. Problém je ve skrytém výživovém deficitu. Při nedostatečné stravě nebo při stravě chudé na bílkoviny dochází k hypoproteinémii a tím není zajištěna potřebná dávka pro regeneraci. U pacientů s dekubitem mohou nastat výrazné ztráty bílkovin. Hypoproteinémie, nízký přísun vitamínu C a nedostatek zinku jsou nejkritičtější faktory. Nedostatek plnohodnotné stravy způsobuje úbytek svalové hmoty, snížení odolnosti k infekcím a snížení buněčné imunity. U všech stavů malnutrice je regenerační schopnost kůže snížena a proces hojení je zpomalený. Bylo zjištěno, že u osob v malnutrici vznikají dekubity 3x častěji než u osob s vyrovnaným příjmem potravy. Nutriční screening a včasná nutriční intervence tak mohou zlepšit stav pacientů i výsledky léčby. (2, 7, 8)

Hydratace

Dehydratovaný nemocný má snížené kožní napětí. Kůže je suchá a náchylná k otokům, ale také k poraněním. Hyperhydratovaný nemocný má zvýšené kožní napětí. Dochází k otokům a k poruše integrity kůže. (2)

Inkontinence

Tento stav vede k maceraci a k poškození kůže. Vlhké prádlo zvyšuje tření. Silné kyseliny a zásady v moči nebo ve výkalech poškozují povrchový epitel. Při porušené kožní integritě je pravděpodobné, že vznikne kožní defekt a dojde k infekci rány. Příliš časté používání mýdla vede ke zbavení přirozeného kožního mazu a nanesených

ochranných mastí. Dochází tím ke tření kůže a podkoží. Kůže se stává suchou, křehkou a praská. (2)

Rizikové faktory způsobené změněným zdravotním stavem

Porucha CNS (mozku a míchy)

Nervový systém se vegetativní složkou podílí na prokrvení kůže a podkoží, senzitivní složkou na vnímání a motorickou složkou na pohybu. Kromě toho drobné reflexní pohyby s přenášením hmotnosti chrání kůži před déletrvajícím tlakem. Z toho vyplývá, že nejvýraznější snížení odolnosti tkáně na tlak je při porušení nervového systému. Při poranění míchy (míšní lézi) je odolnost kůže vůči tlaku nejvíce snížena v prvních dvou hodinách po vzniku poranění. V této době je tedy největší riziko vzniku dekubitu. Nejvíce jsou tímto rizikem postižena místa, která se nachází pod úrovní míšní léze, kde nefungují ani míšní reflexy. Vysoce rizikový jsou také pacienti se změněným stavem vědomí, pacienti po CMP a imobilní pacienti. (2)

Vliv léků

Některé léky ovlivňují přirozený ochranný mechanismus změn poloh těla. Například sedativa a analgetika ovlivňují psychické funkce a snižují vnímavost polohy těla. Protizánětlivé léky, jako steroidy, mají za následek sníženou syntézu bílkovin, sníženou tvorbu kapilár a epitelizace a tím snižují schopnost hojení pokožky. Negativní vliv na stav a hojení kůže má také chemoterapie, neboť zabíjí všechny rychle rostoucí buňky. (2)

Imunosuprese

Stav snížené imunity se může objevit u podvyživených, zejména hypoproteinemických pacientů, u pacientů a maligním onemocněním, nebo po úrazu. Imunosuprese prodlužuje proces hojení a zvyšuje riziko infekce rány. (2)

Diabetes mellitus

Diabetici často trpí poruchami krevního oběhu a jsou náchylnější k infekcím. Vyššímu riziku jsou vystaveni pacienti na perorální léčbě nebo závislí na podávání inzulinu, než pacienti s mírným diabetem léčeným vhodnou dietou. Někteří diabetici ztrácejí citlivost v dlaních a v chodidlech; tento stav je známý jako periferní neuropatie.

Existuje u nich vysoké riziko vzniku dekubitů na patách, poněvadž si často neuvědomují bolest nebo nepohodlí způsobené tlakem. Špatná cirkulace krve společně s účinky diabetu, způsobující obecně zpomalování hojení ran, ztěžují u vzniklých dekubitů jejich hojení. (2)

Vliv ostatních nemocí

Psychicky nemocní a pacienti pod vlivem sedativ, jsou ospalí a neteční, méně si uvědomují nepohodlí a bolest. Pacienti se srdečními chorobami a vysokým krevním tlakem jsou ohroženi vznikem dekubitů z důvodu poruchy krevní cirkulace. Vyšší riziko mají také pacienti v nepříznivé metabolické situaci, např. při anémii s následnou hypoxií, hepatických poruchách, uremii, rozvratu vnitřního prostředí, v septických stavech a stavech po intoxikaci. U osteomyelitid, vzniklých v souvislosti s dekubity, není zcela jasné, zda jde o vliv infekce, nebo o změny způsobené tlakem. (2)

2.2.4 Predilekční místa

Dekubit může vzniknout na jakémkoliv místě těla. Ohrožená místa vzniku jsou označována jako predilekční místa (příloha č. 1). Tato místa se nacházejí v oblastech, kde je kost v blízkosti pod povrchem (zatížená hmotností těla).

Predilekční místa v poloze na zádech: trn 7. krčního obratle, hřebeny lopatek (někdy i trny hrudních obratlů), loketní klouby, oblast kosti křížové, paty.

Predilekční místa v poloze na boku: ramenní kloub, kyčelní kloub, zevní strana kolenního kloubu (někdy i plochy mezi koleny), zevní kotník, oblast kosti spánkové, zevní strana hrudního koše.

Predilekční místa v poloze na břiše: nad lící kostí, na uchu, nad hřebeny kostí kyčelních, nad koleny, nad palci. (4, 15)

2.2.5 Klasifikace dekubitů

Hodnocení dekubitů podle hloubky a rozsahu poškození. Pro hodnocení dekubitů je velmi důležité vědět, že i nepatrné známky na povrchu kůže mohou znamenat rozsáhlé poškození pod povrchem.

Dekubity se vyskytují v nejrůznějších stádiích a každé stádium potřebuje jinou léčbu. Byly sepsány různé klasifikační stupnice pro hodnocení dekubitů, proto je důležité, aby zdravotnický personál věděl, jaká klasifikační stupnice je u nich používána. (2, 6)

Danielova klasifikace dekubitů

- I. Zarudnutí kůže.
- II. Povrchní kožní vředy.
- III. Nekróza podkožního tuku.
- IV. Postižení všech hlubších struktur kromě kostí.
- V. Rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou, sekvestrace kostí nebo destrukce kloubů

(2, 6)

Seilerovo posuzování vzhledu proleženin

- A „čistá“ granulující rána bez nekrotizace,
- B rána špinavě povleklá se zbytky nekrotizace, okolí není infikováno,
- C rána jako ve stádiu B, ale s infiltrací okolní rány a/nebo s projevy celkové infekce (sepsy) (2, 6)

Stupnice dekubitů podle Torrance

Stupeň 1a: Jedná se o stádium tzv. blednoucí hyperémie. To znamená, že tlak prstu v místě erytému zanechává na kůži blednoucí místo a kůže je intaktní.

Stupeň 1b: Tento stupeň je označován jako tzv. neblednoucí hyperémie. Po lehkém stlačení prstem erytém přetrvává, což je příznak poruchy mikrocirkulace. Může být přítomno povrchové poškození kůže včetně epidermální ulcerace.

Stupeň 2: Poškození se šíří do podkožní tkáně a vzniká vředový defekt kůže.

Stupeň 3: Vřed vykazuje tendenci k dalšímu rozšíření, spodní fascie není zasažena. Vřed zasahuje podkožní tukovou vrstvu.

Stupeň 4: Rozpad tkáně se šíří do šířky i do hloubky a infekční nekróza proniká do spodiny fascie. (2, 6)

Vývoj dekubitů podle Válka (příloha č. 2)

1. Reverzibilní změny - zarudnutí, otok, drsná olupující se kůže, tlak prstu zanechává bledé místo s obleněným krevním návratem.
2. Nekróza podkoží a tuku.
3. Nekróza kůže s demarkačním zánětlivým lemem.
4. Tvorba různě hlubokých, rozsáhlých a infikovaných dekubitů. (2, 6)

Klasifikace dekubitů dle Hibbsové (Fribertová 2003)

- I. stadium: překrvení, které přetrvává po stisknutí i po 5 minutách, bez porušení celistvosti kožního krytu
- II. stadium: částečná ztráta kůže, objevuje se puchýř nebo mělký důlek, mokvavá plocha (klinicky: odřenina, puchýř, mělký kráter)
- III. stadium: úplná ztráta kůže i podkoží, šedá nebo černá krusta (klinicky: nekróza, hluboký kráter)
- IV. stadium: ztráta kůže s rozsáhlým poškozením hlubokých funkčních struktur, fascií, nervů, cév, svalů a přiléhajících kostí, nekróza tkáně (10)

2.2.6 Fáze hojení dekubitů

Hojení je proces, který lze diferencovat do tří fází. Fáze čistící (zánětlivá), granulační a epitelizační. (21)

Čistící fáze (zánětlivá, exsudativní)

V této fázi hojení je cílem organismu odstranit z rány veškeré nežádoucí složky. Proto dochází k rozvoji zánětu, pro který je charakteristický otok a zarudnutí, bolest a zvýšená teplota postiženého místa. V místě rány často vzniká nekróza, která je mechanickou a funkční překážkou v uzavírání rány. Stejnou překážkou může být i fibrinový povlak. Pro úspěšný proces hojení je nezbytně nutné odstranění nekrotické, devitalizované, nevascularizované tkáně a povlaků. Debridement (odstraňování nekrotických tkání) lze provést chirurgicky nebo lze zvolit šetrnější enzymatický debridement, který je rychlý, nepoškozuje zdravé tkáně a netraumatizuje spodinu rány. Nekróza či odumřelé zbytky tkání jsou rozloženy enzymy, které jsou do rány dodávány.

Charakter dekubitu:

- Nekróza - povrchová, hluboká, suchá nebo exsudující mrtvá tkáň, většinou černé, nebo žlutavé barvy
- Infikovaná rána - oteklá, zarudlá, bolestivá, zapáchající rána. Jsou zde přítomny bakterie
- Povleklá rána - spodina dekubitu je povleklá a silně exsuduje (21, 26)

Granulační fáze

V granulační fázi hojení se v ráně tvoří nové krevní cévy (tzv. neoangiogeneze) a ránu postupně vyplní granulační tkáň. Pokud ránu vyplní granulační tkáň, začíná se rána uzavírat. Vzniká síť kolagenních vláken (produkt fibroblastů). Takto vzniklá síť je podkladem pro následující proces epitelizace. Je důležité zabránit hypergranulacím (nadměrnému růstu granulační tkáně), traumatizaci rány, infekci a je velmi důležité udržet prostředí ideálně vlhké.

Charakter dekubitu:

- Granulující rána - je vytvořena granulační tkáň (21, 26)

Epitelizační fáze

Epitelizační fáze je konečnou fází hojení rány. Epitelizace začíná z epitelizačních ostrůvků uvnitř rány nebo z okrajů rány. Buňky pak „migrují“ po její vlhké spodině. Proto je velmi důležité chránit epitelizující ránu před vyschnutím. Epitelizace bezprostředně provází fázi granulace, která vytváří plochu pro tvorbu nového pojivového tkaniva a pokožky, která je tenká a kožních adnex. Dojde-li k hypergranulaci, je následná epitelizace rány zpomalena až potlačena.

Charakter dekubitu:

- Epitelizující rána - růžová, snadno zranitelná tkáň, v poslední fázi hojení (21, 26)

2.2.7 Infekce

Dekubity jsou téměř vždy infikované rány. K infekci dochází z blízkého okolí močí, stolicí, potem, vaginálním sekretem nebo krví ze vzdálených infekčních ložisek. Pokud si s bakteriemi organismus neporadí, proniknou hlouběji do rány, kde poškodí tkáň, rozmnoží se a vyvolají zánětlivou reakci. Inkubační doba je kolem 8-10 hodin, poté počet bakterií začne rychle narůstat. U dekubitů III.-IV. stupně je nutné provádět stěr k rozboru na bakteriologii.

Druhy infekcí podle vzhledu a zápachu sekretu:

- Stafylokok - smetanově žlutý sekret bez zápachu
- Streptokok - řídký, žlutošedý sekret
- Pseudomonas - modrozelenavý, nasládlý páchnoucí sekret
- Escherichia coli - nahnědlý sekret páchnoucí po fekáliích (2)

2.3 Prevence

2.3.1 Preventivní opatření proti vzniku dekubitů

Znalost rizikových faktorů, které ovlivňují vznik dekubitů, nám umožňuje účelně nastavit preventivní opatření a tím zabránit vzniku dekubitů. Kvalitní ošetrovatelská péče má zásadní význam nejen při léčbě dekubitů, ale i při prevenci. Péče musí být komplexní, správně zorganizovaná a poskytovaná celým ošetrovatelským týmem. Sestra při ošetrování postupuje metodou ošetrovatelského procesu. Je nutné zajistit všechny potřeby pacienta bio - psycho - sociální. Nesporný význam má i spolupráce rodiny. Každý pacient potřebuje individuální přístup s ohledem na jeho onemocnění a specifické potřeby. (2)

Snížení tlaku na tkáň pacienta

Nejrizikovějším faktorem při vzniku dekubitů je tlak. Snížením tlaku na tkáň se zabrání ischemii a následné nekróze postižené tkáně. Dojde k obnově cirkulace krve v kapilárách kůže, do které jsou krví přinášeny živiny a kyslík, podporující hojení správný metabolismus.

Způsoby snižování tlaku na tkáň:

- polohování: změny polohy, polohovací pomůcky, polohovací lůžka
- antidekubitní matrace a sedací polštáře (2)

Polohování

Polohování je základní nejúčinnější prostředek proti vzniku dekubitů. Jde o systematické, přesnými pravidly se řídící časované změny polohy. Pravidelným polohováním pacienta se zkracuje doba působení tlaku na tkáň. U imobilních pacientů by měl být interval změny polohy 1 – 2 hodiny. U pacientů na židli nebo na vozíku by měl být interval 30 minut až 1 hodinu, poněvadž tlak na některé části těla je při sezení větší než u ležících pacientů.

Jestliže se při daném intervalu zhorší stav kůže nebo se objeví nový dekubit, je nutné interval mezi změnami polohy ihned zkrátit.

K udržení požadované polohy používáme polohovací pomůcky (příloha č. 3). Na trhu je snadno dostupná široká škála podložních válců, klínů, kruhů, kvádrů, korýtek a polštářů, naplněných různými materiály, které zvyšují pohodlí zapolohovaného pacienta, zabraňují přílišnému tlaku a snižují tak riziko vzniku dekubitů. U těchto

pomůcek je důležité, aby jejich povrch byl pokryt vodovzdorným a paropropustným potahem. Jedině tak mohou plně plnit svou funkci. Vodovzdornost potahu je důležitá pro snadnou omyvatelnost pomůcky a paropropustnost zabraňuje pocení a vzniku vlhkosti pod pacientem. Je důležité dbát na to, aby v lůžku nebylo příliš mnoho těchto pomůcek, protože jakýkoliv nadbytečný materiál v lůžku pacienta vede k jeho větší imobilitě.

Polohovací lůžka jsou nedílnou součástí prevence vzniku dekubitů. Mohou se ovládat mechanicky nebo elektricky (příloha č. 4). Při používání mechanicky ovládaných lůžek je zdravotnický personál vystaven zvýšené fyzické námaze, častému ohýbání se a předklánění a zvýšenému riziku úrazu. Pro imobilního pacienta používání mechanického lůžka znamená kompletní závislost na personálu a zvýšení tření a střížných sil působících během přesunů. Tyto nevýhody můžeme odstranit používáním elektricky ovládaných lůžek, která nám umožňují snadné polohování pacienta, snadné nastavení výšky a sklonu lůžka a řidší fluktuaci personálu. Pacientovi umožní používání elektricky ovládaných lůžek větší nezávislost, potencionální snížení výskytu dekubitů a délky pobytu.

Polohovatelné lůžko zvýší účinek antidekubitní matrace, protože změny polohy redukuje a přemísťují tlak působící na pacienta. Polohovatelnost lůžka je závislá na jeho typu. (2, 4)

Antidekubitní matrace

Na našem trhu jsou dostupné standardní, pasivní a aktivní matrace. Standardní matrace jsou určené pro oddělení, kde se nevyskytují pacienti s rizikem vzniku dekubitů. Pasivní matrace (příloha č.5) snižují tlakové zatížení tkání a chrání oblasti s vysokým kontaktním tlakem, jako je okolí kosterních výstupků tím, že rozkládají tlakové zatížení na větší plochu. Tím, že je povrch měkčí, větší část těla přichází do přímého kontaktu s podložkou, váha je rovnoměrněji rozložena a kontaktní tlak klesá. Avšak kontaktní působení tlaku, i když nízkého, není fyziologický stav a v mnoha případech stačí k vyvolání změn ve tkáni. Matrace jsou z polyuretanové pěny. Používají se u nerizikových a středně rizikových pacientů bez poškození tkáně.

Aktivní antidekubitní matrace (příloha č. 5) periodicky mění místo působení tlaku pomocí série střídavě nafukovaných a vypouštěných buněk, které jsou kontrolovány a ovládány kompresorem. Nafukování a vyfukování buněk zajišťuje neustálou masáž a tím dochází ke zlepšení prokrvení pokožky pacienta. U některých pacientů je

používání těchto vzduchových matrací kontraindikováno. U pacientů po cévní mozkové příhodě a po amputaci je používání kontraindikováno z důvodu nestabilního povrchu, který může snižovat pacientovu pohyblivost a tím bránit tomu, aby se pacient na lůžku sám obracel. U pacientů se zlomeninami páteře a s nestabilními zlomeninami je plná kontraindikace. Aktivní antidekubitní matrace jsou vhodné pro prevenci vzniku dekubitů a pro podporu léčby již vzniklých dekubitů.

Základní linií prevence dekubitů by mělo být ošetřování všech pacientů na kvalitních pěnových matracích snižujících tlakové zatížení tkání. Pacienti se zvýšeným rizikem dekubitů nebo s nezhojenými dekubity by měli být ošetřováni na systémech se střídavým působením tlaků, s cílem dosáhnout co nejrychlejší uzavření ran. Výběr výrobku by neměl vycházet z jediného faktoru, ale měl by vycházet z hodnocení pacienta a z pravidelného přehodnocování jeho stavu. (2, 4)

Blokování zevních mechanických vlivů

Dalším důležitým bodem v prevenci vzniku dekubitů je zamezení působení vnějších vlivů. Základní podmínkou je suché, správně upravené lůžko s měkkou antidekubitní matrací a napnutým prostěradlem a podložkou.

Dále je nezbytně nutná zvýšená opatrnost při přesunech pacienta, při kterých je kůže vystavena vzniku mikrotraumat, která přispívají ke snadnějšímu vzniku dekubitů. Výjimkou nejsou ani sakrální dekubity způsobené dlouho ponechanou podložní mísou. K přesunům pacienta je vhodné používat speciální zvedáky.

V místnosti, kde leží imobilní pacient, se doporučuje zajistit vhodnou teplotu místnosti a dostatečnou vlhkost vzduchu. Teplota musí být vyšší, než by byla u zdravého, chodícího pacienta, nejlépe 23 °C a více. (2)

Hygiena

Hygiena má v prevenci vzniku dekubitů nezastupitelné místo. Je to soubor opatření, který minimalizuje nepříznivý vliv moči, stolice, potu a vaginálního sekretu na kůži. Kůži je nutné udržet v čistotě. Provádí se pravidelná hygienická péče, kontrola stavu pokožky a nutná je i častá výměna osobního i ložního prádla a plen.

Provádějí se koupele, sprchování a omývání, které je velmi důležité hlavně u inkontinentních pacientů. Při mytí se používají tekutá mýdla nebo mycí gely. Nutné je

i správné osušení pokožky, které není vhodné provádět třením, ale mírným tlakem (tapováním). Při tření mohou vzniknout na pokožce drobná mikrotraumata a oděrky.

Na našem trhu je několik firem, které nabízejí profesionální kosmetiku na ošetřování kůže. Pro zvláčnění pokožky a k vytvoření ochranného filmu, je vhodné používat masti a krémy bez dráždivých účinků. Na postižená místa se nesmí aplikovat masti, které obsahují látky vyvolávající lokální podráždění kůže. Mast se jemně vtírá do pokožky, postižené místo se nikdy nemasíruje.

Alespoň 1 x denně je nutné kontrolovat stav pokožky, zvláště začervenalá místa. Kontrolu provádí zdravotnický personál, ale je možné zapojit i spolupracujícího pacienta a rodinu.

Důležité je, aby byl pacient uložen v suchém a čistém lůžku, které neobsahuje žádné neprodyšné pomůcky, které neodvádějí vzniklou vlhkost a kůže je tak vystavena zapaření a maceraci. (2)

Normalizace celkového stavu

V této oblasti má zásadní úlohu lékař a nutriční terapeut. Lékař na základě provedených vyšetření naordínuje terapii. Hlavní důraz klade na rovnováhu vnitřního prostředí, okysličování, krevní oběh, zdoání infekce a na zlepšování celkového zdravotního stavu. Je zapotřebí sledovat příjem stravy a podle potřeby stravu upravovat s nutričním terapeutem.

Nezlepší-li se celkový stav pacienta, především výživa, veškerá preventivní opatření budou málo účinná a eventuální dekubity se nebudou hojit.

Velmi důležitý je také pitný režim - dostatečný příjem tekutin. (2)

Rehabilitace

Nezastupitelnou roli v prevenci dekubitů má i rehabilitace. Napomáhá zvyšovat mobilitu a soběstačnost pacienta. Je nutná spolupráce s fyzioterapeutem, poněvadž v odpoledních a večerních hodinách přibývají sestrám k jejich běžným ošetrovatelským úkonům i některá rehabilitační cvičení. (2)

2.3.2 Hlavní cíle v prevenci dekubitů

Hlavní cíle v prevenci vzniku dekubitů jsou identifikace rizikových pacientů, včasná diagnostika dekubitu, polohování, odstranění zevních nepříznivých mechanických vlivů

(suché upravené lůžko s antidekubitární matrací a napnutým prostěradlem, použití antidekubitárních pomůcek), hygiena (omezení nepříznivého vlivu moči, stolice, potu, vaginálního sekretu a kontaminovaného ranného sekretu), rehabilitace (návrat hybnosti, snaha obnovit soběstačnost pacienta), zabezpečení adekvátní výživy a dostatek tekutin, zlepšení celkového stavu pacienta. (10)

2.3.3 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Aby mohla být preventivní opatření dobře nastavená, je zapotřebí zhodnotit riziko vzniku dekubitů. Pro toto hodnocení existuje řada stupnic. Mezi nejčastěji používané stupnice patří hodnotící škály podle Nortonové, Bradenové a Waterlowa. V České republice se v současné době nejčastěji používá rozšířená škála Nortonové. Všeobecně platí, že čím je podrobnější stupnice hodnotící riziko, tím přesnější je zařazení pacienta do rizikové skupiny. Použití kteréhokoliv systému hodnocení pomůže sestře určit rizikové pacienty a naplánovat jejich ošetřování tak, aby se preventivními opatřeními zabránilo vzniku dekubitů. Pacienti by se pomocí těchto stupnic měli hodnotit při jejich příjmu, při jakémkoliv změně zdravotního stavu a v pravidelných intervalech. Doporučuje se rozpětí 1x denně až 1x týdně. Toto hodnocení musí být dokumentováno. (2)

Škála podle Nortonové

Škála podle Nortonové (příloha č. 6) byla sestavena v roce 1962. Hodnotí 5 základních aspektů: fyzický stav, stav vědomí, aktivitu, pohyblivost a inkontinenci. Pacient po zhodnocení na této stupnici získá určitý počet bodů. Maximální počet bodů je 20, minimální počet bodů je 5 bodů. Čím nižší je počet bodů, tím vyšší je riziko vzniku dekubitů. Christel Biensteinová v roce 1987 rozšířila tuto stupnici na maximální počet 25 bodů. Poslední modifikace této stupnice proběhla v roce 1989. Byla rozšířena na hodnocení 9 aspektů: schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, přidružená onemocnění, fyzický stav, stav vědomí, aktivitu, pohyblivost a inkontinenci. V této rozšířené stupnici může pacient dosáhnout maximálně 36 bodů a minimálně 9 bodů. Přičemž dosáhne-li pacient méně než 25 bodů, je u něj zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů. Stále platí, čím nižší je počet bodů, tím je větší riziko vzniku dekubitů. Nortonová vyvinula tuto škálu pro pacienty v dlouhodobé péči. Modifikace však způsobila její širší použitelnost. (2)

Škála podle Bradenové

Tato škála byla testována na řadě různých oddělení včetně chirurgických, intenzivní péče a v ošetrovatelských domech. Je nutno zvážit její použití s ohledem na charakter zdravotnického zařízení. Škála (příloha č. 6) hodnotí 6 aspektů: smyslové vnímání, vlhkost pokožky, aktivitu, pohyblivost, výživu, tření a střížné síly. Pacient na této stupnici může dosáhnout maximálně 23 bodů, přičemž platí čím nižší je počet bodů, tím vyšší je riziko vzniku dekubitů. Celkové bodové skóre: 6 -9 vysoké, 10 -16 střední, 17 -20 malé a nad 20 velmi malé riziko vzniku dekubitů.

Oproti modifikované škále Nortonové zahrnuje tato škála důležitý faktor výživy a riziko tření a střížných sil. Naopak neobsahuje věk a přidružená onemocnění. (2)

Škála podle Waterlowa

Ve Velké Británii používají sestry Waterlowovu škálu (příloha č. 6). U pacienta hodnotí tato kritéria: tělesnou konstituci, hmotnost, kontinenci, typ kůže, mobilitu, pohlaví, věk a chuť k jídlu. Za zvláště rizikové jsou považovány faktory, jako je vliv léků, věku a nemocí a chirurgický zákrok. Každý rizikový faktor se odrazí v celkovém počtu bodů. Čím vyššího počtu bodů pacient dosáhne, tím většímu riziku vzniku dekubitů je vystaven. Je-li počet bodů vyšší než 10 bodů, řadíme pacienta do úrovně, ve které mu hrozí riziko vzniku dekubitů. Hodnota 15 až 20 bodů značí vysoké riziko a součet vyšší než 20 znamená velmi vysoké riziko vzniku dekubitů.

Oproti výše uvedeným stupnicím obsahuje tato škála hodnocení typu kůže. Vyšší počet bodů značí větší riziko pacienta ke vzniku dekubitů. (2)

2.4 Terapie

2.4.1 Konzervativní léčba dekubitů

Konzervativní léčba spočívá v systematickém provádění preventivních opatření, v odstranění nekrotické tkáně, povlaků a cizího materiálu ze spodiny dekubitu, v lokální antiseptické léčbě infekce, kontrole a prevenci reinfekce, v zajištění odpovídající vlhkosti v ráně, podpoře růstu a ochraně granulační a epitelizační tkáně, v průběžném hodnocení rány se zápisem do dokumentace, v zajištění kontinuity péče, v psychoterapii, léčbě bolesti a řešení sociální situace. (10, 11)

Oplachy a laváže rány

Oplachy a laváže rány jsou indikovány při převazech nekrotických, povleklých a infikovaných ran. Výplach rány napomáhá čištění rány odplavením zbytků ranného sekretu, povlaků, nekrotické tkáně, krevních sraženin a hnisu, toxinů nebo zbytku bakteriálního biofilmu.

Oplachem chronické rány se snažíme zmenšit mikrobiální osídlení. Dekontaminací rány se zkracuje doba hojení. Výplach podporuje prokrvení spodiny a následnou granulaci a epitelizaci. Roztoky k výplachům rány aplikuje odborný zdravotnický personál.

Možnosti aplikace oplachového roztoku vycházejí z doporučení výrobců. Je možné provést oplach rány proudem roztoku, otřít ránu a její okolí čtverečkem nebo tamponem namočeným v roztoku, případně provést obklad rány nebo koupel končetiny ve speciálním rukávci s antiseptikem.

Oplachové roztoky se také používají ke zvlhčení inkrustovaného primárního a sekundárního krytí přilepeného na ránu před jejich odstraněním při převazu. Snižuje se tím riziko poranění okolí vředu. (10)

Roztoky vhodné k aplikaci do rány

Ringerův roztok, pitná voda, Chlorhexidin, sloučeniny jodu (jod- cadexomer a jod- povidon), Betadin+ polyhexanid (Prontosan roztok, Prontosan gel, Prontoderm), polyhexanid HCL+ Ringerův roztok (Lavadin 1, Lavadin 2), superokysličená voda (Dermacyn), octenidindihydrochlorid (Octenisept). (10)

Roztoky nevhodné k aplikaci do rány

Kyselina peroctová (Persteril 0,01%), Chloramin sol. 1%, Peroxid vodíku 1- 2%, Rivanol 0,1- 2%, Jodisol, Solutio Novikov, Genciánová violet', Brilantová zeleň. (10)

Prostředky k ošetřování ran

Klasická terapie

Tato lokální terapie zahrnuje používání různých obkladů s dezinfekčním účinkem, masti s antibiotiky, barevné tinktury či masti a pasty. Mnohé z těchto přípravků mají senzibilizační potenciál a mohou tak způsobovat alergické a toxické reakce.

Dalším nedostatkem je častá výměna obvazů a rána je vystavována riziku bakteriální infekce. Snižuje se teplota kůže, což zpomaluje proces hojení rány. Výměna obvazu bývá pro pacienta bolestivá. I přes tyto známé poznatky je klasická metoda stále hojně využívána. (13)

Moderní terapie

Na trhu je k dispozici řada materiálů a technologií k léčbě ran. Pestrost výběru umožňuje lékaři pro konkrétního pacienta vybrat léčbu na míru. Moderní terapeutická krytí splňují požadavky na tzv. vlhké hojení ran. I když ideální krytí vhodné pro všechny typy ran neexistuje, vlastnosti jednotlivých materiálů se charakteristikám ideálního krytí přibližují. Terapeutická krytí jsou kompatibilní s ostatními prostředky a metodami pro léčbu ran. Nespornou výhodou terapeutických krytí je, že jeden materiál je schopen zajistit několik podmínek příznivých pro hojení zároveň.

Ideální krytí vlhké terapie zajišťuje stabilní vlhké prostředí, teplotu, pH na povrchu rány, výměnu plynů a je bariérou pro infekci. Moderní krytí je efektivní v managementu exsudátu a zabezpečuje minimální traumatizaci rány při převazech. Ideální krytí je nesenzibilizující, netoxické, má flexibilní a ekonomické použití. Správná volba krytí vychází z aktuálních požadavků rány, komplexních vlastností zvoleného krytí a tolerance pacientem.

Základní rozdělení krytí vychází z jejich funkce. Primární krytí se aplikuje přímo na povrch rány. Toto krytí dělíme na adherentní a neadherentní. Úlohou sekundárního krytí je fixace primárního krytí a absorpce nadbytečného exsudátu. V některých případech je nutné použít i terciální krytí, které fixuje primární a sekundární krytí. (10)

Prostředky moderní terapie

Neaderentní kontaktní obvazy

Indikace: krytí povrchových granulujících či epitelizujících povrchových ran

Výrobky: Atrauman (Hartmann-Rico), Grassolind (Hartmann-Rico), Mepitel (Mölnlycke) (10, 17)

Antiseptické obvazy

Indikace: široké použití pro různé typy ran a různé fáze hojení, profylaxe a terapie rané infekce

Výrobky: Bactigras (Smith & Nephew), Inadine (Johnson & Johnson, dnes Cetrex), Braunovidon (Braun) (10, 17)

Krytí s aktivním uhlím

Indikace: silně exsudující, zapáchající rány, infikované a povleklé rány

Výrobky: Actisorb Plus (Johnson & Johnson, dnes Cetrex), CarboFlex (ConvaTec), Vliwaktiv (Lohmann-Raucher) (10, 17)

Algináty

Indikace: povleklé exsudující rány, vhodné do dutin

Výrobky: Kaltostat (ConvaTec), Sorbalgon (Hartmann-Rico), Algisite M (Smith & Nephew) (10, 17)

Hydrogely

Indikace: suché, nekrotické, povleklé rány, dále granulující, epitelizující defekty s mírným až středním exsudátem

Výrobky: plošné- Hydrogelové krytí (Viacell), Hydrosorb (Hartmann-Rico), Suprasorb G (Lohmann-Raucher), tuby- NU-GEL (Johnson & Johnson, dnes Cetrex), Askina gel (Braun) (10, 17)

Hydrokoloidy

Indikace: neinfikované, granulující a epitelizující rány s mírným až středním exsudátem, podpora autolýzy, prevence dekubitů

Výrobky: plošné- Comfeel plus (Coloplast), GranuFlex (ConvaTec), Askina Hydro (Braun), pasty- GranuFlex pasta (ConvaTec), Askina Biofilm pasta (Braun), zásyp- Comfeel powder (Coloplast) (10, 17)

Hydropolymery, polyuretany, pěny

Indikace: granulující nebo epitelizující rány bez infekce s mírným až středním exsudátem

Výrobky: Biatain (Coloplast), Mepilex (Mölnlycke), Allevyn Plus i Cavity (Smith & Nephew) (10, 17)

Filmy

Indikace: prevence otlaků, nesecernující rány na kůži

Výrobky: plošné- Hydrofilm (Hartmann-Rico), Tegaderm (3M), Bioclusive (Johnson & Johnson, dnes Cetrex), spray- OpSite (Smith & Nephew), Cavilon (3M) (10, 17)

Obvazy se stříbrem

Charakteristika: aktivní ionty stříbra mají baktericidní a fungicidní účinek

Výrobky: Aquacel Ag (ConvaTec), Atrauman Ag (Hartmann-Rico), Biatain Ag (Coloplast), Mepilex Ag (Mölnlycke), Suprasorb Ag (Lohmann-Raucher), Calgitrol Ag (Braun) (10, 17)

Bioaktivní krytí

Indikace: využití metody vlhkého hojení defektů, aplikace na rezistentní rány

Výrobky: Promogran (Johnson & Johnson, dnes Cetrex), Dermalmax (Dermagenics) (10, 17)

Různé

Charakteristika: jedná se o nejrozličnější typy krytí, které se liší svými vlastnostmi a jsou vyrobeny z různých materiálů, proto je nelze zařadit do výše zmíněných skupin

Výrobky: TenderWet (Hartmann-Rico), kolagenová krytí- Suprasorb C (Lohmann-Raucher), krytí s obsahem kyseliny hyaluronové- Hyiodine (Contipro), krytí hydrobalanční- Suprasorb X (Lohmann-Raucher), dále- Chitiskin (Sangui Bio Tech), Flamigel (Dahlhausen), Urgotul (Urgo) (10, 17)

2.4.2 Chirurgická léčba dekubitů

Pro chirurgickou léčbu jsou indikovány dekubity III. a IV. stupně. Chirurg musí zvážit celkový stav pacienta a prognózu. Chirurgická léčba spočívá v excizi vředu do zdravé tkáně, v odstranění kostních prominencí, případně v resekci kloubu, ve vyplnění kavity svařem, v krytí původního vředu dobře vaskularizovaným lalokem nebo v uzávěru sekundárního vředu po odběru laloku. Výjimečně se k hojení dekubitů používá tenkých epitelových štěpů. (10, 11)

2.4.3 Další druhy terapie dekubitů

Ozonoterapie

Ozonoterapie spočívá v lokálním použití ozonu, což je bezbarvý plyn. Tento plyn zvyšuje dezinfekci a prokrvení rány. Dále spouští proces hojení, granulace a epitelizace.

(11)

Fototerapie

Fototerapie je metoda, při které se používá nejpřirozenějšího zdroje energie- světla. Světlo se aplikuje pomocí bioprotonové lampy a způsobuje ústup bolesti, má protizánětlivý efekt a podporuje lepší prokrvení tkáně. Lampou můžeme preventivně ozařovat predilekční místa nebo již rozvinutý dekubit. (11)

Léčba ran pomocí biolampy Biostimul

Biolampa biostimul využívající metody FOTONYX je moderní, vysoce účinnou metodou léčby chronických i akutních ran. Představuje přirozený a pro pacienta nezátěžující způsob léčby, ale zároveň je velice účinnou prevencí jejich vzniku. Pravidelné aplikace biolampy účinně podporují prokrvení v problematických oblastech. Výhodou je snadná aplikace, která umožňuje léčbu i méně pohyblivým pacientům, u nichž je riziko vzniku chronických ran nejvyšší. (22)

Hydroterapie

Hydroterapie zahrnuje léčebné metody založené na tekutém mediu - sterilní vodě nebo fyziologickém roztoku. Do hydroterapie bývá též řazen whirlpool, vysokotlaká irrigace, pulsní laváže a oplachy. Nejmladší součástí hydroterapie je hydrochirurgie, při které se používá voda proudící pod silným tlakem z trysky. Její proud s sebou strhává nekrotickou tkáň a vyplachuje exsudát z rány. Hydroterapie je vhodná na rány se zhmožděním měkkých tkání, rány s nekrózou na spodině a s nekrotickým okolím, těžší popáleniny i ulcerace různé etiologie. (21)

Larvoterapie

K larvoterapii jsou používány larvy *Lucilia sericata* (bzučivka zelená), které svými trávicími šťávami selektivně rozrušují nekrotický materiál, kterým se následně živí. Spodina rány, granulační tkáň i zdravá tkáň však zůstávají nepoškozeny. Spodina rány

je dokonce larvami stimulována, dochází k lepšímu prokrvení a stimulaci tvorby granulační tkáně. Sekret, který larvy produkují obsahuje látky s baktericidními účinky. Ty jsou účinné i u kmenů, které jsou rezistentní vůči léčbě antibiotiky (MRSA). (21)

V.A.C. terapie

V.A.C. (vacuum assisted closure) je neinvazivní léčebnou metodou, při které se využívá podtlaku. Používá se k podpoře hojení, drenáži tekutin nebo infekčních sekretů z rány, k lepšímu prokrvení přilehlé tkáně, k omezení bakteriální kolonizace, k odstranění edému a k podpoře granulace. U pacientů, kteří mají maligní ránu, obnažené cévy, nekrózu v ráně, píštěle zasahující do tělních dutin a k orgánům, osteomyelitidu nebo aktivní krvácení, je tato metoda kontraindikována. Léčba ran pomocí systému V.A.C. znamená větší komfort pro pacienta. (11)

2.5 Následná péče

Výkladový ošetrovatelský slovník pojem následná péče definuje jako dlouhodobou péči nebo rehabilitaci chronicky nemocných, jako doplněk medicínské léčby. Péče zahrnuje i úpravy domova, aby se zlepšilo provádění každodenních aktivit a poskytování speciálních pomůcek.

Dlouhodobá ústavní péče je charakterizována pokročilým stupněm zdravotního postižení, chronicitou, nesoběstačností a závislostí na druhé osobě. Je důležitý multidisciplinární přístup, spolupráce zdravotníků se sociálními pracovníky a s rodinou. Cílem dlouhodobé péče je stabilizovat zdravotní stav nemocného, pozitivně ovlivnit kvalitu života a omezit následky onemocnění. Převládá péče ošetrovatelská, rehabilitační a paliativní.

Léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou specializovaná zdravotnická lůžková zařízení. Slouží převážně k léčení starých a dlouhodobě nemocných. Většinou jde o pacienty nesoběstačné. V těchto zařízeních je trvale nedostatek míst.

V systému komplexní zdravotně sociální péče je vedle akutní i kvalitní následná péče, v případě starých lidí zpravidla i péče dlouhodobá. Komplexní péče je potřeba u každého pacienta, především však starého člověka. Vzhledem k specifickým potřebám a problémům seniora je zapotřebí, aby byl systém zdravotně sociální péče těmto specifickým potřebám seniorů přizpůsoben. (18, 19, 20)

Rozdělení zdravotních služeb:

1. Geriatrická ambulance - je ambulancí nemocničního geriatrického oddělení.
2. Geriatrické oddělení - je akutní oddělení nemocničního typu specializované v péči o seniory s akutním zhoršením zdravotního stavu a soběstačnosti.
3. Zařízení následné péče - oddělení je určeno pro pacienty ve stabilizovaném stavu se stanovenou diagnózou, po odeznění akutní fáze onemocnění.
4. Ošetrovatelská oddělení - jedná se o oddělení převážně ošetrovatelské péče, která může být krátkodobá, dlouhodobá i trvalá.
5. Hospice - jsou zvláštní formy ošetrovatelského ústavu, které mohou poskytovat také respitní péči.
6. Geriatrické denní centrum - pobyt geriatrického pacienta v zařízení trvá 6 - 12 hodin a může se pravidelně opakovat.
7. Domácí péče - hlavní filozofií je náhrada nebo oddálení hospitalizace. Předpokladem domácí péče je dostupnost minimálně 14 hodin denně, včetně sobot a nedělí. (18, 19, 20)

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Úvod výzkumné části

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na ošetrovatelskou péči o pacienty s dekubity v následné lůžkové péči.

Kvalitní ošetrovatelská péče může být poskytována pouze všeobecnými sestrami, které mají dostatečné znalosti jak v prevenci, tak v léčbě dekubitů. Rozhodla jsem se proto ve výzkumné části zmapovat úroveň znalostí všeobecných sester v následné lůžkové péči.

Základem pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je dostatek prostředků k prevenci a terapii dekubitů, proto je důležitá vybavenost oddělení těmito prostředky.

3.1 Výzkumný cíl a hypotézy

Výzkumným cílem práce je zjistit, jaké znalosti mají sestry o ošetrovatelské péči o pacienty s dekubity. Zjistit místa nejčastějšího výskytu dekubitů a vybavenost oddělení následné péče antidekubitními matracemi a polohovacími pomůckami.

H - 1: Předpokládám, že sestry uspějí ve vědomostním testu.

H - 2: Předpokládám, že nejvíce dekubity vznikají v oblasti kosti křížové a pat.

H - 3: Domnívám se, že vybavenost oddělení antidekubitními matracemi a polohovacími pomůckami je dostatečná.

3.2 Metodika výzkumu

Ke zjištění znalostí sester jsem použila metodu dotazníkového šetření. O provedení výzkumu jsem požádala Nemocnici následné péče (NNP) v Ryjicích a Léčebnu dlouhodobě nemocných (LDN) v Liberci. V těchto zařízeních jsem se osobně domluvila s hlavní a vrchní sestrou, které mi umožnily dotazníkové šetření. Poté jsem do těchto zařízení podala písemnou žádost (příloha č. 7). Výzkum probíhal od poloviny prosince 2011 do poloviny ledna 2012. Účast byla anonymní a dobrovolná. Celkem bylo rozdáno 72 dotazníků, návratnost byla 66 dotazníků. 6 dotazníků se vrátilo nevyplněných. V NNP v Ryjicích bylo rozdáno 29 dotazníků, návratnost byla 25 dotazníků.

4 dotazníky se vrátily nevyplněné. V LDN v Liberci bylo rozdáno 43 dotazníků, návratnost byla 41 dotazníků. 2 dotazníky se vrátily nevyplněné. Výsledky vědomostního testu z obou zařízení byly vyhodnoceny podle předem stanovených kritérií. Dotazník je přiložen (příloha č. 8, 9).

Ke zjištění místa nejčastějšího výskytu dekubitů jsem provedla analýzu dat a informací z evidence pacientů, kteří byli přijati do NNP v Ryjicích a do LDN v Liberci s dekubity v roce 2010 a 2011. Dále jsem použila data o výskytu dekubitů v zařízení v roce 2010 a 2011. V NNP v Ryjicích a v LDN v Liberci jsem provedla osobní šetření aktuálního výskytu dekubitů v květnu 2012.

Ke zjištění vybavenosti oddělení jsem provedla osobní šetření v zařízeních a analýzu dat z podkladů. Položky 20 a 21 z dotazníku byly použity jako doplňující.

Struktura dotazníku

Dotazník obsahoval 22 položek. Položky 1 až 4 byly zaměřeny na demografické údaje, které měly zjistit pohlaví, délku praxe, nejvyšší ukončené vzdělání a zařízení, ve kterém sestry (dále respondenti) pracují.

Položky 5 až 18 byly součástí vědomostního testu. V položce 5 až 17 měli respondenti možnost volit z nabízených odpovědí. Jde o položky výběrové uzavřené. Pokud měli respondenti možnost výběru více odpovědí, byli na tuto možnost upozorněni předem. Položka 18 nabízela možnost volné odpovědi.

Položka 19 byla zaměřena na zjištění nejčastěji používaných prostředků k ošetřování dekubitů. V položce 20, 21 a 22 byl respondentům ponechán prostor pro vyjádření k danému tématu.

Hodnocení znalostních otázek v dotazníku

Pro souhrnné zhodnocení znalostí sester jsem každé správně zodpovězené položce přidělila bod. Jednotlivé body jsem sečetla a dle součtu ohodnotila dle tohoto klíče:

14 - 13 bodů (100 - 90 % úloh správně) = výborné znalosti

12 - 11 bodů (89 - 80 % úloh správně) = chvalitebné znalosti

10 - 0 bodů (79 % a méně) = nedostatečné znalosti

Kritérium splnění vědomostního testu - 80% a více úloh správně - USPĚL(A)

Výsledky výzkumu

Výsledky demografických údajů a vědomostního testu z obou nemocnic byly zpracovány hromadně a jsou prezentovány pomocí přehledných tabulek a grafů. Doplnující otázky v dotazníku a analýza dat byly zpracovány zvlášť pro každé zařízení a jsou také prezentovány pomocí přehledných tabulek a grafů.

Ke zpracování získaných dat byla použita počítačová technika MS Office 2003, Microsoft Excel a Microsoft Word.

3.3 Analýza dotazníkového šetření

Charakteristika respondentů

Otázka č. 1 - Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 1 - Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	66	100,0%
Muž	0	0,0%
Celkem	66	100,0%

Komentář:

Tabulka 1 znázorňuje, jaké je pohlaví respondentů. 66 respondentů (100%) uvedlo ženské pohlaví.

Otázka č. 2 - Jaká je délka Vaší praxe?

Tabulka č. 2 - Délka praxe respondentů v profesi zdravotní sestry

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 5 let	8	12,1%
5 - 10 let	17	25,8%
11 - 15 let	8	12,1%
16 - 20 let	8	12,1%
21 a více let	25	37,9%
Celkem	66	100,0%

Komentář:

Tabulka 2 znázorňuje, jak dlouho vykonávají respondenti profesi zdravotní sestry. 25 respondentů (37,9%) pracuje v této profesi 21 a více let. 17 respondentů (25,8%) udává, že v této profesi pracuje 5 – 10 let. Počet dotázaných respondentů, kteří pracují v profesi zdravotní sestry méně než 5 let, 11 – 15 let nebo 16 – 20 let je shodný, 8 respondentů (12,1%). Celkem odpovědělo 66 respondentů (100%).

Otázka č. 3 - Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Tabulka č. 3 - Nejvyšší ukončené vzdělání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Úplné středoškolské odborné	52	78,8%
Pomaturitní specializační v oboru geriatric	8	12,1%
Pomaturitní specializační v oboru interna	3	4,6%
Vyšší odborné (Dis.)	2	3,0%
Vysokoškolské (Bc., Mgr.)	1	1,5%
Celkem	66	100,0%

Komentář:

Tabulka 3 znázorňuje nejvyšší ukončené vzdělání respondentů. 51 respondentů (77,3%) udává úplné středoškolské odborné vzdělání. Pomaturitní specializační studium absolvovalo 8 respondentů (12,1%) v oboru geriatric, 2 respondenti (3%) v oboru interna, 1 respondent (1,5%) v oboru dospělý a 1 respondent (1,5%) v oboru obvodní sestra. Vyšší odborné vzdělání udávají 2 respondenti (3%) a pouze 1 respondent (1,5%) absolvoval vysokou školu. Celkem odpovědělo 66 respondentů (100%).

Otázka č. 4 - V jakém typu zařízení pracujete?

Tabulka č. 4 - Zařízení, ve kterém respondenti pracují

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nemocnice následné péče	25	37,9%
Léčebna dlouhodobě nemocných	41	62,1%
Celkem	66	100,0%

Komentář:

Tabulka 4 znázorňuje, ve kterém zařízení respondenti pracují. 41 respondentů (62,1%) pracuje v Léčebně dlouhodobě nemocných. 25 respondentů (37,9%) v Nemocnici následné péče. Celkem odpovědělo 66 respondentů (100%).

Vědomostní test

Otázka č. 5 - Predilekční místa v poloze na zádech jsou:

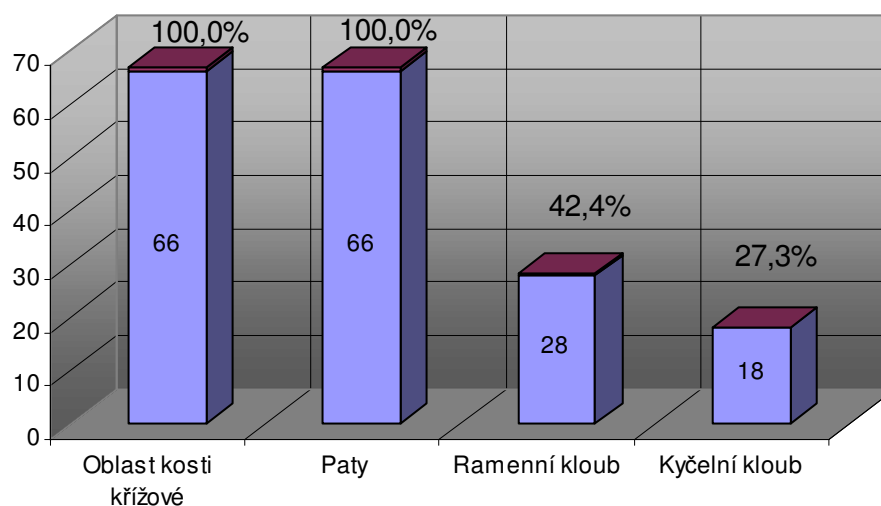
(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 5 - Predilekční místa v poloze na zádech

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Oblast kosti křížové	66	100,0%
Paty	66	100,0%
Ramenní kloub	28	42,4%
Kyčelní kloub	18	27,3%

Komentář:

Tabulka 5 znázorňuje první otázku vědomostního testu. V této otázce měli respondenti vybrat predilekční místa v poloze na zádech. 66 respondentů (100%) uvedlo oblast kosti křížové a paty. Podle 28 respondentů (42,4%) je to ramenní kloub a podle 18 respondentů (27,3%) kyčelní kloub.



Graf č. 1 - Predilekční místa v poloze na zádech

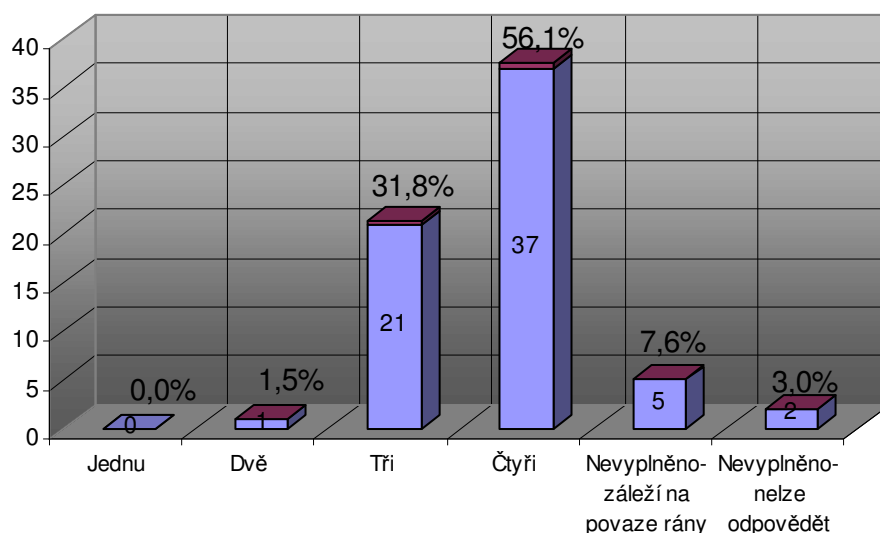
Otázka č. 6 - Kolik fází má hojení rány?

Tabulka č. 6 - Počet fází hojení rány

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jednu	0	0,0%
Dvě	1	1,5%
Tři	21	31,8%
Čtyři	37	56,1%
Nevyplněno- záleží na povaze rány	5	7,6%
Nevyplněno- nelze odpovědět	2	3,0%
Celkem	66	100,0%

Komentář:

Tabulka 6 znázorňuje druhou otázku vědomostního testu. V této otázce měli respondenti vybrat počet fází hojení rány. 37 respondentů (56,1%) uvedlo čtyři fáze, 21 respondentů (31,8%) uvedlo tři fáze a 1 respondent (1,5%) uvedl dvě fáze. 5 respondentů (7,6%) otázku nevyplnilo s poznámkou, že záleží na povaze rány a 2 respondenti (3%) otázku nevyplnili s poznámkou, že nelze odpovědět. Jednu fázi nevybral ani jeden respondent (0%). Celkem odpovědělo 66 respondentů (100%).



Graf č. 2 - Počet fází hojení rány

Otázka č. 7 - Které faktory ovlivňují hojení rány?**(možnost více odpovědí)**

Tabulka č. 7 - Faktory ovlivňující hojení rány

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Systémové- celkové (věk, výživa, celkový stav,...)	66	100,0%
Místní (hloubka, velikost, lokalizace rány,...)	57	86,4%
Kvalita ošetřování	62	93,9%

Komentář:

Tabulka 7 znázorňuje třetí otázku vědomostního testu. V této otázce měli respondenti vybrat z uvedených faktorů ty, které ovlivňují hojení rány. Podle všech respondentů, tj. 66 respondentů (100%), ovlivňují hojení rány systémové faktory. 62 respondentů (93,9%) uvedlo i kvalitu ošetřování. Podle 57 respondentů (86,4%) ovlivňují hojení rány i místní faktory.

Otázka č. 8 - U pacientů s dekubity je ve výživě důležitý přísun:

Tabulka č. 8 - Nezbytné živiny, vitamíny a stopové prvky pro pacienty s dekubity

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Proteinů, vitamínu C a zinku	59	89,4%
Sacharidů, protože cukr dodává energii	0	0,0%
Tuků, vitamínu E a železa	0	0,0%
Vlákniny	7	10,6%
Celkem	66	100,0%

Komentář:

Tabulka 8 znázorňuje čtvrtou otázku vědomostního testu. V této otázce měli respondenti z uvedených živin, vitamínů a stopových prvků vybrat ty, které jsou důležité pro pacienty s dekubity. Většina respondentů, tj. 59 respondentů (89,4%) uvedlo, že pro pacienty jsou důležité proteiny, vitamín C a zinek. 7 respondentů (10,6%) vybralo vlákniny. Sacharidy, tuky, vitamín E a železo nevybral ani jeden respondent (0%). Celkem odpovědělo 66 respondentů (100%).

Otázka č. 9 - V oblasti hygieny je důležité:

Tabulka č. 9 - Hygienická opatření

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Začervenalá místa řádně promasírovat	4	6,1%
Vlhkou pokožku nevysušovat třením, ale mírným tlakem	62	93,9%
Stav pokožky sledovat 1x týdně	0	0,0%
Celkem	66	100,0%

Komentář:

Tabulka 9 znázorňuje pátou otázku vědomostního testu. V této otázce měli respondenti vybrat co je v oblasti hygieny důležité. Většina respondentů, tj. 62 respondentů (93,9%) uvedlo, že je důležité vlhkou pokožku nevysušovat třením, ale mírným tlakem. 4 respondenti (6,1%) uvedli, že je důležité začervenatá místa řádně promasírovat. Sledovat stav pokožky 1x týdně nevybral ani jeden respondent (0%). Celkem odpovědělo 66 respondentů (100%).

Otázka č. 10 - Polohu pacienta s dekubity měníme přes den v pravidelných časových intervalech každé:

Tabulka č. 10 - Polohování pacienta s dekubity přes den v časových intervalech

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
2 hodiny	63	95,5%
3 hodiny	3	4,5%
4 hodiny	0	0,0%
Jinak	0	0,0%
Celkem	66	100,0%

Komentář:

Tabulka 10 znázorňuje šestou otázku vědomostního testu. V této otázce měli respondenti vybrat časový interval polohování pacienta s dekubity přes den. 63 respondentů (95,5%) uvedlo 2 hodiny. 3 respondenti (4,5%) uvedli 3 hodiny.

4 hodiny a jinak nevybral ani jeden respondent (0%). Celkem odpovědělo 66 respondentů (100%).

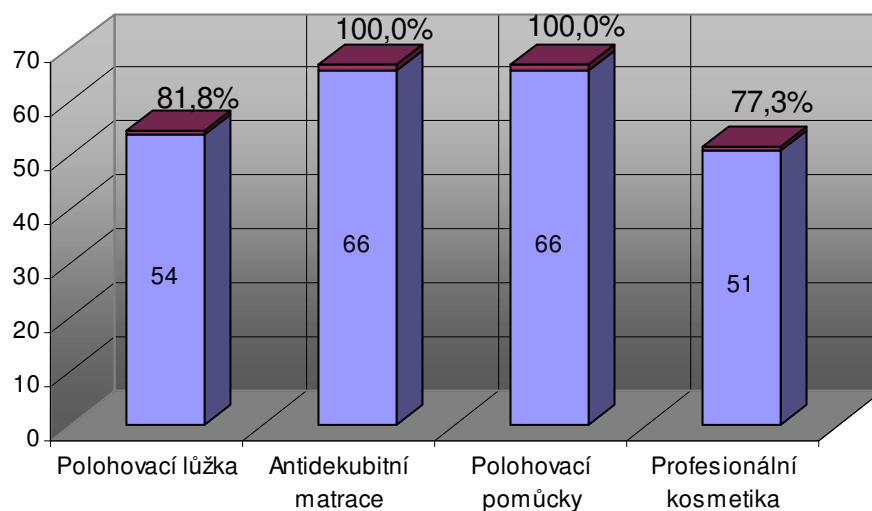
Otázka č. 11 - Jaké pomůcky se používají k prevenci a terapii dekubitů?
(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 11 - Pomůcky k prevenci a terapii dekubitů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Polohovací lůžka	54	81,8%
Antidekubitní matrace	66	100,0%
Polohovací pomůcky	66	100,0%
Profesionální kosmetika	51	77,3%

Komentář:

Tabulka 11 znázorňuje sedmou otázku vědomostního testu. V této otázce měli respondenti vybrat pomůcky, které se používají k prevenci a terapii dekubitů. 66 respondentů (100%) uvedlo antidekubitní matrace a polohovací pomůcky. 54 respondentů (81,8%) uvedlo také polohovací lůžka a 51 respondentů (77,3%) uvedlo i profesionální kosmetiku.



Graf č. 3 - Pomůcky k prevenci a terapii dekubitů

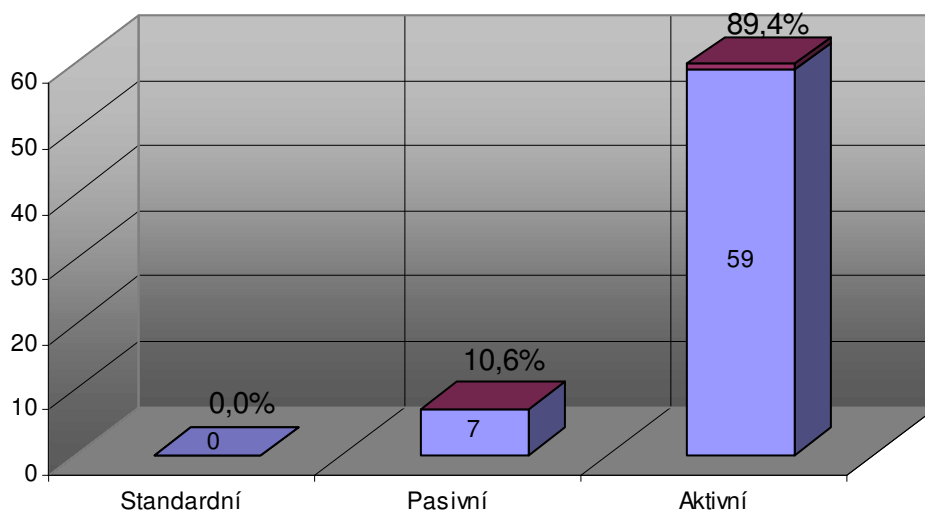
Otázka č. 12 - Kterou antidekubitní matraci použijete u pacienta s dekubitem IV. stupně?

Tabulka č. 12 - Typ antidekubitní matrace použitý u pacienta s dekubitem IV. stupně

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Standardní	0	0,0%
Pasivní	7	10,6%
Aktivní	59	89,4%
Celkem	66	100,0%

Komentář:

Tabulka 12 znázorňuje osmou otázku vědomostního testu. V této otázce měli respondenti vybrat antidekubitní matraci, kterou použijí u pacienta s dekubitem IV. stupně. Většina respondentů, tj. 59 respondentů (89,4%), použije aktivní matraci. 7 respondentů (10,6%) použije pasivní matraci. Standardní matraci nepoužije ani jeden respondent (0%). Celkem odpovědělo 66 respondentů (100%).



Graf č. 4 - Typ antidekubitní matrace použitý u pacienta s dekubitem IV. stupně

Otázka č. 13 - U pacienta po CMP je používání aktivní matrace kontraindikováno z důvodu:

Tabulka č. 13 - Kontraindikace použití aktivní matrace u pacienta po CMP- z důvodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vysokých finančních nákladů	0	0,0%
Nestabilního povrchu, který může snížit pacientovu pohyblivost	53	80,3%
Zvýšení rizika vzniku dekubitů	13	19,7%
Celkem	66	100,0%

Komentář:

Tabulka 13 znázorňuje devátou otázku vědomostního testu. V této otázce měli respondenti vybrat důvod kontraindikace použití aktivní matrace u pacienta po CMP. 53 respondentů (80,3%) uvedlo jako důvod nestabilní povrch, který může snížit pacientovu pohyblivost. 13 respondentů (19,7%) jako důvod uvedlo zvýšení rizika vzniku dekubitů. Vysoké finanční náklady nevybral ani jeden respondent (0%). Celkem odpovědělo 66 respondentů (100%).

Otázka č. 14 - Povrch polohovacích pomůcek má být pokryt potahem: (možnost více odpovědí)

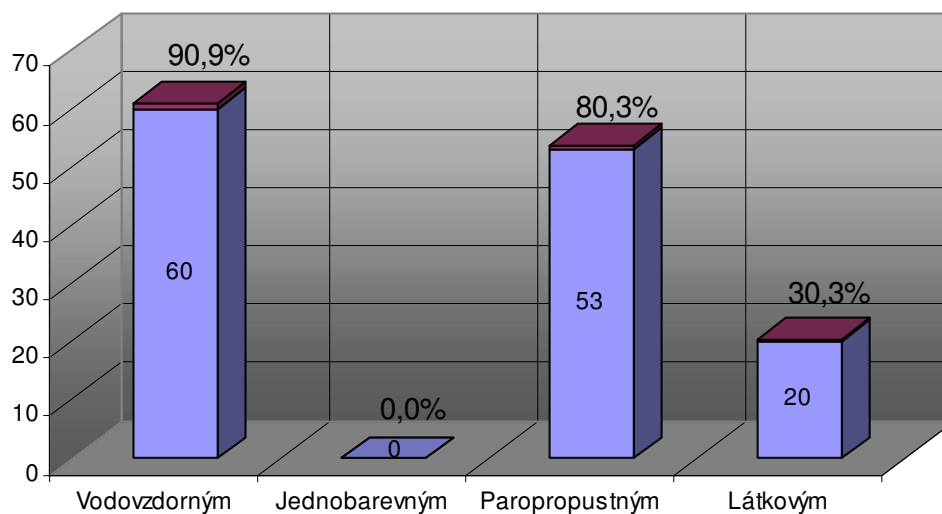
Tabulka č. 14 - Povrch polohovacích pomůcek - pokrytí potahem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vodovzdorným	60	90,9%
Jednobarevným	0	0,0%
Paropropustným	53	80,3%
Látkovým	20	30,3%

Komentář:

Tabulka 14 znázorňuje desátou otázku vědomostního testu. V této otázce měli respondenti vybrat vhodný potah polohovacích pomůcek. 60 respondentů (90,9%) uvedlo jako vhodný potah vodovzdorný. 53 respondentů (80,3%) uvedlo potah

paropropustný. 20 respondentů (30,3%) uvedlo látkový potah a jednobarevný potah nevybral ani jeden respondent (0%).



Graf č. 5 - Povrch polohovacích pomůcek - pokrytí potahem

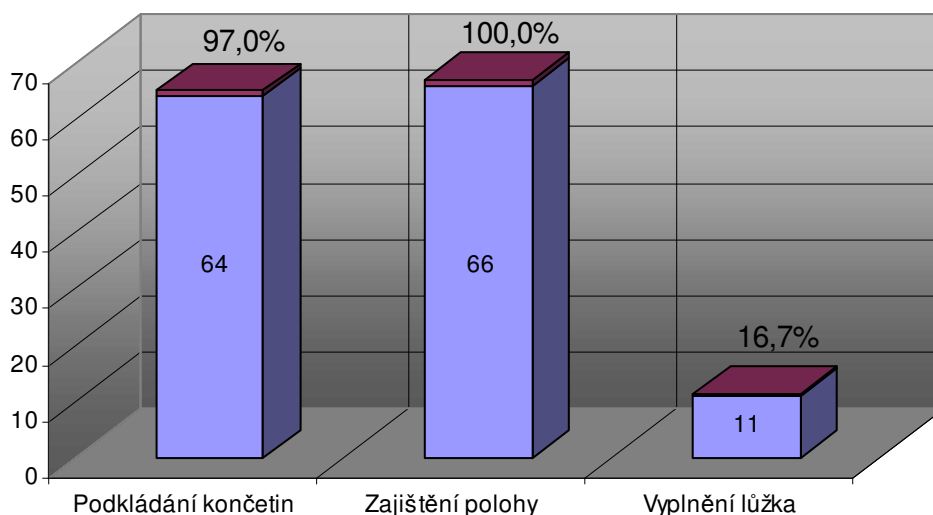
Otázka č. 15 - Polohovací pomůcky se používají k:
(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 15 - Použití polohovacích pomůcek

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Podkládání končetin	64	97,0%
Zajištění polohy	66	100,0%
Vyplnění lůžka	11	16,7%

Komentář:

Tabulka 15 znázorňuje jedenáctou otázku vědomostního testu. V této otázce měli respondenti vybrat možnosti použití polohovacích pomůcek. Podle všech respondentů, tj. 66 respondentů (100%), se polohovací pomůcky používají k zajištění polohy. 64 respondentů (97%) také uvedlo, že se používají k podkládání končetin. 11 respondentů (16,7%) uvedlo použití polohovacích pomůcek k vyplnění lůžka.



Graf č. 6 - Použití polohovacích pomůcek

Otázka č. 16 - Moderní terapeutická krytí splňují požadavky na tzv.:

Tabulka č. 16 - Požadavky na moderní terapeutická krytí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rychlé hojení ran	9	13,7%
Vlhké hojení ran	35	53,0%
Nevím	1	1,5%
Nelze hodnotit	21	31,8%
Celkem	66	100,0%

Komentář:

Tabulka 16 znázorňuje dvanáctou otázku vědomostního testu. V této otázce měli respondenti vybrat požadavky na moderní terapeutická krytí. 35 respondentů (53%) uvedlo vlhké hojení ran. 21 respondentů (31,8%) odpovědělo, že to nelze hodnotit. 9 respondentů (13,7%) uvedlo jako požadavek na moderní terapeutická krytí rychlé hojení ran a 1 respondent (1,5%) uvedl, že neví. Celkem odpovědělo 66 respondentů (100%).

Otázka č. 17 - Jaká je úloha sekundárního krytí?**(možnost více odpovědí)**

Tabulka č. 17 - Úloha sekundárního krytí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fixace primárního krytí	65	98,5%
Absorpce nadbytečného exsudátu	66	100,0%
Zakrytí rány, aby nebyla vidět	6	9,1%

Komentář:

Tabulka 17 znázorňuje třináctou otázku vědomostního testu. V této otázce měli respondenti vybrat úlohy sekundárního krytí. Podle všech respondentů, tj. 66 respondentů (100%), je úlohou sekundárního krytí absorpce nadbytečného exsudátu. 65 respondentů (98,5%) uvedlo také fixaci primárního krytí. 6 respondentů (9,1%) uvedlo jako úlohu sekundárního krytí zakrytí rány, aby nebyla vidět.

Otázka č. 18 - Vyjmenujte 3 komplikace ošetřování dekubitů.

Tabulka č. 18 - Komplikace ošetřování dekubitů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Místní komplikace	66	100,0%
Celkové komplikace	26	39,4%
Špatné zhodnocení a ošetřování rány	25	37,9%
Komplikace při polohování	24	36,4%

Komentář:

Tabulka 18 znázorňuje čtrnáctou otázku vědomostního testu. V této otázce měli respondenti vyjmenovat 3 komplikace ošetřování dekubitů. 66 respondentů (100%) uvedlo místní komplikace. Celkové komplikace uvedlo 26 respondentů (39,4%). 25 respondentů (37,9%) jako komplikace ošetřování dekubitů uvedlo špatné zhodnocení a ošetřování rány. 24 respondentů (36,4%) uvedlo komplikace při polohování.

Analýza vědomostního testu

Tabulka č. 19 - Vyhodnocení znalostí ve vědomostním testu

Hodnocení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Výborné znalosti	12	18,2%
Chvalitebné znalosti	25	37,9%
Nedostatečné znalosti	29	43,9%
Celkem	66	100,0%

Komentář:

Tabulka 19 znázorňuje jaké znalosti prokázali respondenti ve vědomostním testu. Z tabulky vyplývá, že 12 respondentů (18,2%) mělo výborné znalosti. 25 respondentů (37,9%) mělo chvalitebné znalosti a nedostatečné znalosti prokázalo 29 respondentů (43,9%).

Tabulka č. 20 - Úspěšnost ve vědomostním testu

Hodnocení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Uspěla	37	56,1%
Neuspěla	29	43,9%
Celkem	66	100,0%

Komentář:

Tabulka 20 znázorňuje úspěšnost sester ve vědomostním testu. 37 sester (56,1%) uspěla. 29 sester (43,9%) neuspěla ve vědomostním testu.

Doplňující otázky v dotazníku

Otázka č. 19 - Napište 5 prostředků, které používáte nejčastěji k ošetřování dekubitů

Tabulka č. 21 - Prostředky k ošetřování dekubitů v NNP v Ryjících

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Betadine sol.	16	64,0%
3% NaCl	16	64,0%
Mepilex	10	40,0%
Kaltostat	10	40,0%
Višněvský balzám	10	40,0%
Persteril	10	40,0%
Comfeel	10	40,0%
Grassolind	9	36,0%
Seasorb	9	36,0%
Tenderwet	8	32,0%
Mepitel	7	28,0%
Hypergel	5	20,0%
Aktisorb	3	12,0%
Biatain	1	4,0%
Ialugen ung.	1	4,0%

Komentář:

Tabulka 21 znázorňuje prostředky, které se nejčastěji používají k ošetřování dekubitů v NNP v Ryjících. 16 respondentů (64%) uvedlo Betadine sol. a 3% NaCl. 10 respondentů (40%) uvedlo prostředky Mepilex, Kaltostat, Višněvský balzám, Persteril a Comfeel. 9 respondentů (36%) uvedlo Grassolind a Seasorb. 8 respondentů (32%) uvedlo prostředek Seasorb. Mepitel uvedlo 7 respondentů (28%). 5 respondentů (20%) uvedlo, že používá Hypergel. 3 respondenti (12%) uvedli Aktisorb. Biatain a Ialugen ung. uvedl vždy 1 respondent (4%).

Tabulka č. 22 - Prostředky k ošetřování dekubitů v LDN v Liberci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Braunol	20	48,8%
Inadine	18	43,9%
Flamigel	18	43,9%
Sorbalgon	12	29,3%
Betadine ung.	11	26,8%
Menalind pasta	9	22,0%
Jelonet	9	22,0%
Cuticell	7	17,1%
Konopná mast	7	17,1%
Mepilex	6	14,6%
Hydrosorb	3	7,3%
Sterilní krytí	3	7,3%
Dermacyn	2	4,9%
Granuflex pasta	1	2,4%
Aktisorb	1	2,4%
Zohledněné postupy	36	87,8%

Komentář:

Tabulka 22 znázorňuje prostředky, které se nejčastěji používají k ošetřování dekubitů v LDN v Liberci. 20 respondentů (48,8%) uvedlo Braunol. Iadine a Flamigel uvedlo 18 respondentů (43,9%). 12 respondentů (29,3%) uvedlo prostředek Sorbalgon. Betadine ung. uvedlo 11 respondentů (26,8%). Menalind pastu a Jelonet uvedlo, že používá 9 respondentů (22%). 7 respondentů (17,1%) uvedlo prostředky Cuticell a Konopnou mast. 6 respondentů (14,6%) uvedlo, že používá prostředek Mepilex. Hydrosorb a sterilní krytí uvedli 3 respondenti (7,3%). 2 respondenti (4,9%) uvedli prostředek Dermacyn. Granuflex pastu a Aktisorb uvedl vždy 1 respondent (2,4%). Jako prostředky k ošetřování dekubitů uvedlo 36 respondentů (87,8%) zohledněné postupy.

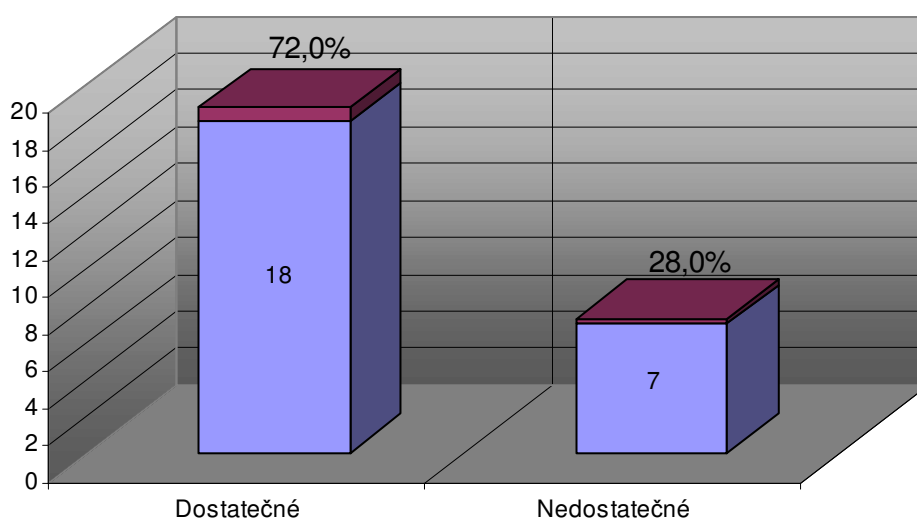
Otázka č. 20 - Myslíte si, že vybavení Vašeho oddělení antidekubitními matracemi je:

Tabulka č. 23 - Vybavení oddělení NNP v Ryjicích antidekubitními matracemi

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dostatečné	18	72,0%
Nedostatečné	7	28,0%
Celkem	25	100%

Komentář:

Tabulka 23 znázorňuje vybavení oddělení antidekubitními matracemi v NNP v Ryjicích. 18 respondentů (72%) uvádí vybavenost jako dostatečnou. 7 respondentů (28%) uvádí vybavenost jako nedostatečnou. Celkem odpovědělo 25 respondentů (100%).



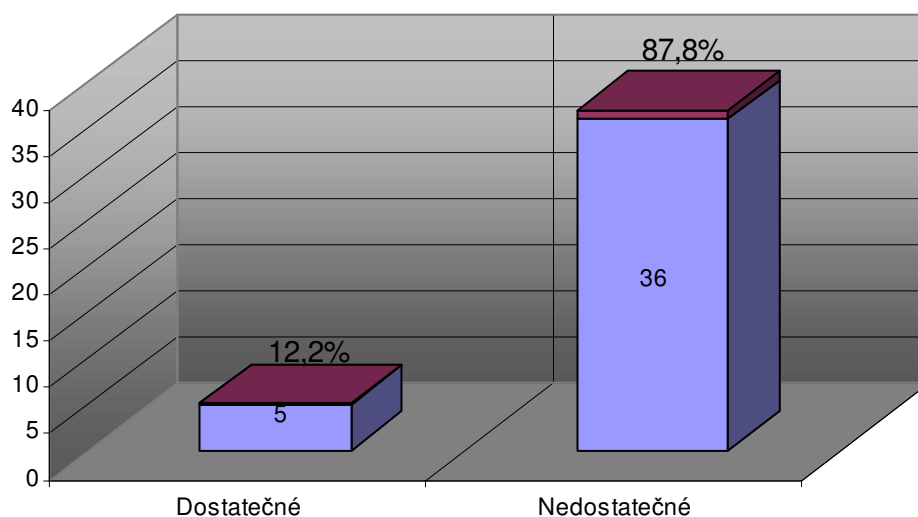
Graf č. 7 - Vybavení oddělení NNP v Ryjicích antidekubitními matracemi

Tabulka č. 24 - Vybavení oddělení LDN v Liberci antidekubitními matracemi

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dostatečné	5	12,2%
Nedostatečné	36	87,8%
Celkem	41	100,0%

Komentář:

Tabulka 24 znázorňuje vybavení oddělení antidekubitními matracemi v LDN v Liberci. 5 respondentů (12,2%) uvádí vybavenost jako dostatečnou. 36 respondentů (87,8%) uvádí vybavenost jako nedostatečnou. Celkem odpovědělo 41 respondentů (100%).



Graf č. 8 - Vybavení oddělení LDN v Liberci antidekubitními matracemi

Otázka č. 21 - Co by Vám usnadnilo práci v prevenci a péči o pacienty s dekubity na Vašem oddělení?

(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 25 - Možnosti usnadnění práce na oddělení v NNP v Ryjicích

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Více pomocného personálu	20	80,0%
Více odborného personálu	0	0,0%
Více polohovacích pomůcek	4	16,0%
Více antidekubitních matrací	7	28,0%
Moderní polohovatelná lůžka	6	24,0%
Méně pacientů	1	4,0%
Lepší spolupráce s lékařem a se staniční sestrou	2	8,0%

Komentář:

Tabulka 25 znázorňuje názory respondentů na možnosti usnadnění práce v prevenci a péči o pacienty s dekubity na oddělení v NNP v Ryjicích. 20 respondentů (80%) uvedlo více pomocného personálu. 7 respondentů (28%) uvedlo jako možnost usnadnění práce více antidekubitních matrací. 6 respondentů (24%) uvedlo moderní polohovatelná lůžka. Více polohovacích pomůcek uvedli 4 respondenti (16%). 2 respondenti (8%) uvedli lepší spolupráci s lékařem a se staniční sestrou. Méně pacientů uvedl 1 respondent (4%). Více odborného personálu nevybral ani jeden respondent (0%).

Tabulka č. 26 - Možnosti usnadnění práce na oddělení v LDN v Liberci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Více pomocného personálu	35	85,4%
Více odborného personálu	16	39,0%
Více polohovacích pomůcek	33	80,5%
Více antidekubitních matrací	35	85,4%
Moderní polohovatelná lůžka	29	70,7%
Výběr převazového materiálu	3	7,3%
Dobré, dlouhodobé plánování péče	1	2,4%

Komentář:

Tabulka 26 znázorňuje názory respondentů na možnosti usnadnění práce v prevenci a péči o pacienty s dekubity na oddělení v LDN v Liberci. 35 respondentů (85,4%) uvedlo více pomocného personálu a více antidekubitních matrací. 33 respondentů (80,5%) uvedlo jako možnost usnadnění práce více polohovacích pomůcek. 29 respondentů (70,7%) uvedlo moderní polohovatelná lůžka. Více odborného personálu uvedlo 16 respondentů (39%). 3 respondenti (7,3%) uvedli výběr převazového materiálu a 1 respondent (2,4%) uvedl dobré, dlouhodobé plánování péče.

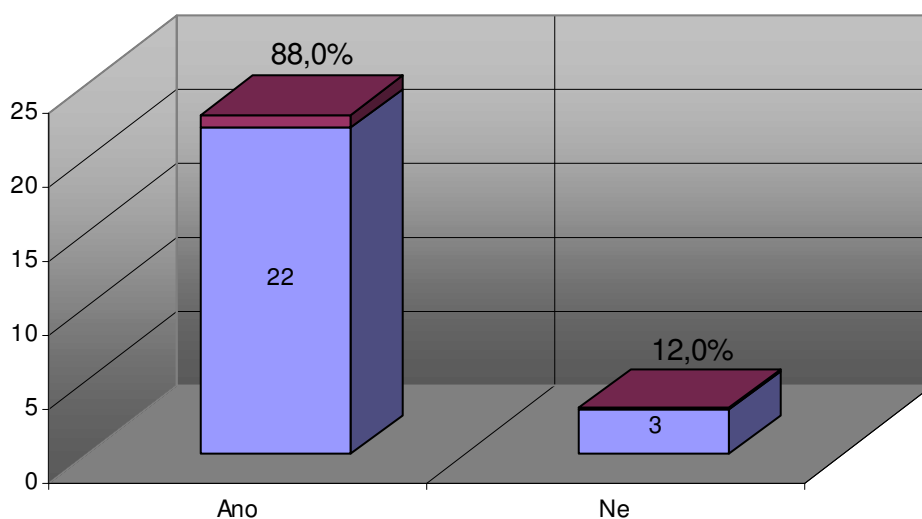
Otázka č. 22 - Máte zájem prohloubit si Vaše dosavadní znalosti v oblasti prevence a léčby dekubitů?

Tabulka č. 27 - Zájem o prohloubení znalostí respondentů v NNP v Ryjicích

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	22	88,0%
Ne	3	12,0%
Celkem	25	100,0%

Komentář:

Tabulka 27 znázorňuje zájem respondentů v NNP v Ryjicích prohloubit si dosavadní znalosti v oblasti prevence a léčby dekubitů. Většina, tj. 22 respondentů (88%) uvedlo, že má zájem o prohloubení znalostí. 3 respondenti (12%) uvedlo, že nemá zájem. Celkem odpovědělo 25 respondentů (100%).



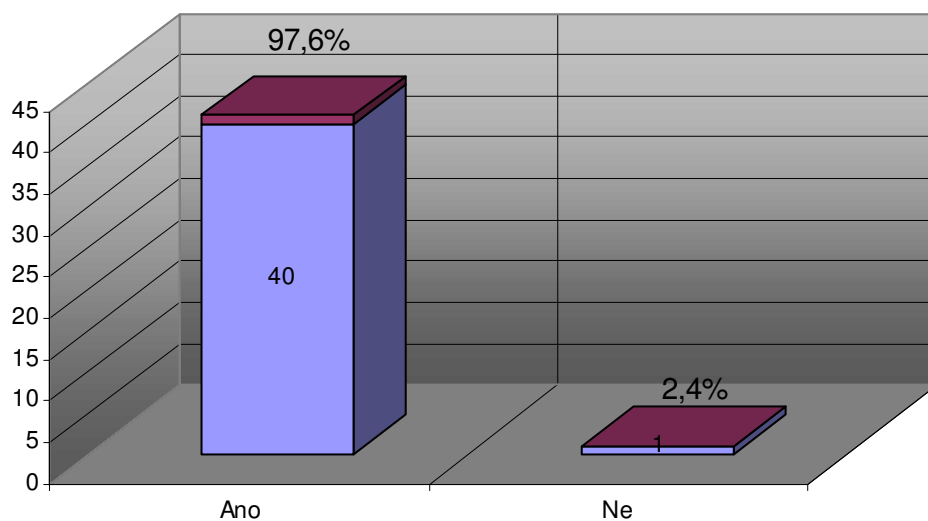
Graf č. 9 - Zájem o prohloubení znalostí respondentů v NNP v Ryjicích

Tabulka č. 28 - Zájem o prohloubení znalostí respondentů v LDN v Liberci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	40	97,6%
Ne	1	2,4%
Celkem	41	100,0%

Komentář:

Tabulka 28 znázorňuje zájem respondentů v LDN v Liberci prohloubit si dosavadní znalosti v oblasti prevence a léčby dekubitů. Většina, tj. 40 respondentů (97,6%) uvedlo, že má zájem o prohloubení znalostí. 1 respondent (2,4%) uvedl, že nemá zájem. Celkem odpovědělo 41 respondentů (100%).



Graf č. 10 - Zájem o prohloubení znalostí respondentů v LDN v Liberci

3.4 Analýza lokalizace dekubitů

Tabulka č. 29 - Lokalizace dekubitů v NNP v Ryjicích v roce 2010 a 2011

Lokalizace dekubitu	2010		2011		Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
	Počet vnesených dekubitů	Počet vzniklých dekubitů	Počet vnesených dekubitů	Počet vzniklých dekubitů		
Pata	86	53	101	52	292	45,3%
Hrana DKK	5	6	8	4	23	3,6%
Halux	0	0	3	1	4	0,6%
Kotník	10	5	14	7	36	5,6%
Kolenní kloub	0	1	4	0	5	0,8%
Kyčelní kloub	6	11	13	13	43	6,7%
Hýždě	8	4	22	5	39	6,1%
Oblast kosti křížové	46	51	58	35	190	29,5%
Loketní kloub	0	2	1	1	4	0,6%
Ramenní kloub	0	3	0	0	3	0,5%
Týl	0	1	0	0	1	0,2%
Záda	2	0	1	0	3	0,5%
Celkem	163	137	225	118	643	100%

Komentář:

Tabulka 29 znázorňuje lokalizaci dekubitů v NNP v Ryjicích v roce 2010 a 2011. Nejčastější lokalizace dekubitů, tj. 292 dekubitů (45,3%), byla na patě. Druhá nejčastější lokalizace dekubitů, tj. 190 dekubitů (29,5%), byla v oblasti kosti křížové. Třetí nejčastější lokalizace dekubitů, tj. 43 dekubitů (6,7%), byla v oblasti kyčelního kloubu. 39 dekubitů (6,1%) dekubitů vzniklo na hýždě, 36 dekubitů (5,6%) na kotníku, 23 dekubitů (3,6%) na hraně DKK a 5 dekubitů (0,8%) na kolenním kloubu. 4 dekubity (0,6%) vznikly na haluxu a na loketním kloubu, 3 dekubity (0,5%) na ramenním kloubu a na zádech. 1 dekubit (0,2%) vznikl na týlu.

Tabulka č. 30 - Lokalizace dekubitů v NNP v Ryjicích dne 14 .5. 2012

Lokalizace dekubitu	14. 5. 2012		
	Výskyt dekubitu 1. patro	Výskyt dekubitu 2. patro	Výskyt dekubitu 3. patro
Pata	ANO	ANO	ANO
Hrana DKK	NE	NE	ANO
Halux	NE	NE	NE
Kotník	NE	NE	NE
Kolenní kloub	NE	ANO	NE
Kyčelní kloub	ANO	NE	NE
Hýždě	NE	ANO	NE
Oblast kosti křížové	ANO	ANO	ANO
Loketní kloub	NE	NE	NE
Ramenní kloub	NE	NE	NE
Týl	NE	NE	NE
Záda	NE	NE	NE

Komentář:

Tabulka 30 znázorňuje lokalizaci dekubitů v NNP v Ryjicích dne 14. 5. 2012. Dekubity se vyskytovaly na patě, na hraně DKK, na kolenním kloubu, na kyčelním kloubu, na hýždí a v oblasti kosti křížové.

Tabulka č. 31 - Lokalizace dekubitů v LDN v Liberci dne 14 .5. 2012

Lokalizace dekubitu	14 .5. 2012	
	Výskyt dekubitu - 1. patro	Výskyt dekubitu - 2. patro
Pata	NE	ANO
Hrana DKK	NE	NE
Halux	NE	NE
Kotník	NE	NE
Kolenní kloub	ANO	NE
Kyčelní kloub	ANO	ANO
Hýždě	NE	ANO
Oblast kosti křížové	NE	ANO
Loketní kloub	NE	NE
Ramenní kloub	NE	NE
Týl	NE	NE
Záda	NE	NE

Komentář:

Tabulka 31 znázorňuje lokalizaci dekubitů v LDN v Liberci dne 14. 5. 2012. Dekubity se vyskytovaly na patě, na kolenním kloubu, na kyčelním kloubu, na hýždí a v oblasti kosti křížové.

3.5 Analýza hypotéz

Hypotéza č. 1:

Předpokládám, že sestry uspějí ve vědomostním testu.

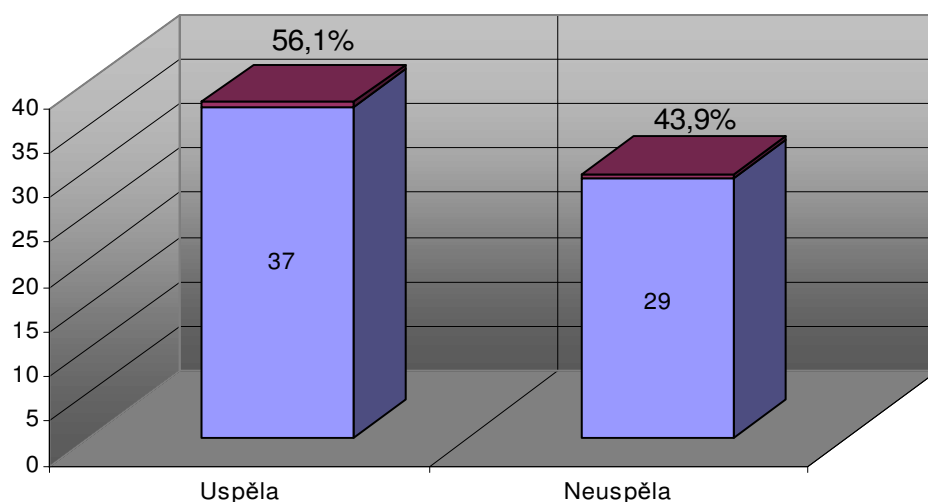
Ke zjištění znalostí sester byla použita metoda dotazníkového šetření. O vyplnění dotazníku jsem požádala sestry ve všech směnách v Nemocnici následné péče v Ryjčích a v Léčebně dlouhodobě nemocných v Liberci. Vědomostní otázky v dotazníku č. 5 - 18 se týkaly znalostí predilekčních míst, fází hojení, faktorů ovlivňujících hojení rány, pomůcek k prevenci a terapii, požadavků na moderní terapeutická krytí a převazový materiál, komplikací ošetřování dekubitů.

Pro souhrnné zhodnocení znalostí sester jsem každé správně zodpovězené položce přidělila bod. Jednotlivé body jsem sečetla a dle součtu ohodnotila, dle předem stanoveného klíče. Kritérium pro splnění vědomostního testu bylo 80% a více správně zodpovězených otázek.

Tabulka č. 32 - Úspěšnost ve vědomostním testu

Hodnocení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Uspěla	37	56,1%
Neuspěla	29	43,9%
Celkem	66	100,0%

Tabulka 32 znázorňuje úspěšnost sester ve vědomostním testu. 37 sester (56,1%) uspělo. 29 sester (43,9%) neuspělo ve vědomostním testu.



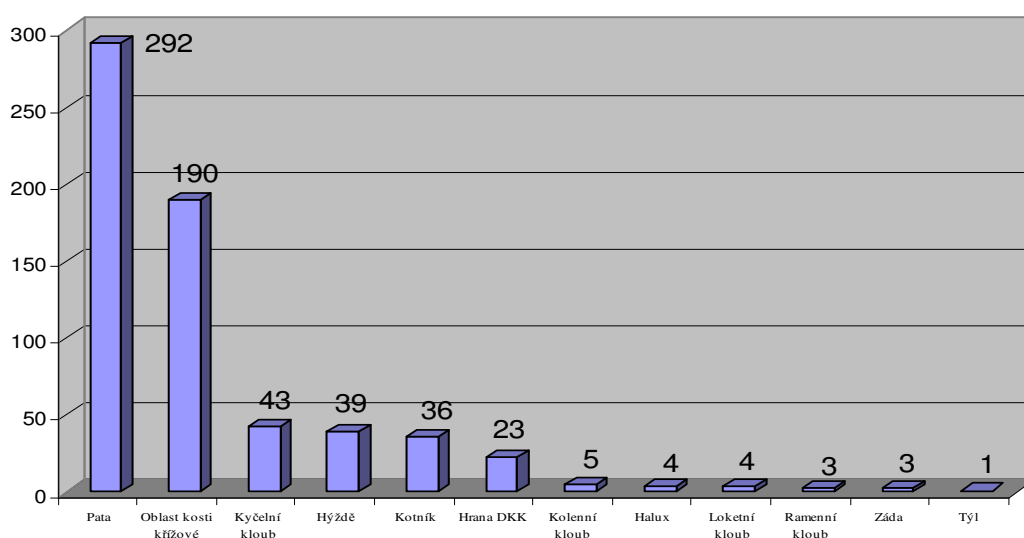
Graf č. 11 - Úspěšnost ve vědomostním testu

Výsledky hypotézu č. 1 nepodporují.

Hypotéza č. 2:

Předpokládám, že nejvíce dekubity vznikají v oblasti kosti křížové a pat.

Ke zjištění místa nejčastějšího výskytu dekubitů jsem provedla analýzu dat a informací z evidence pacientů, kteří byli přijati do NNP v Ryjicích a do LDN v Liberci s dekubity v roce 2010 a 2011. V NNP v Ryjicích a v LDN v Liberci jsem provedla osobní šetření aktuálního výskytu dekubitů dne 14. 5. 2012.



Graf č. 12 - Lokalizace dekubitů v NNP v Ryjicích v roce 2010 a 2011

Tabulka č. 33 - Výskyt dekubitů v LDN v Liberci v roce 2010 a 2011

2010		2011		Absolutní četnost
Počet vnesených dekubitů	Počet vzniklých dekubitů	Počet vnesených dekubitů	Počet vzniklých dekubitů	
268	66	306	43	683

Tabulka 33 znázorňuje výskyt dekubitů v LDN v Liberci v roce 2010 a 2011. Lokalizace dekubitů se nesleduje, tudíž není statisticky podložena.

Tabulka č. 34 - Místa nejčastějšího výskytu dekubitů v LDN v Liberci - pozorování sester

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Oblast kosti křížové	41	100,0%
Paty	41	100,0%
Ramenní kloub	12	29,3%
Kyčelní kloub	5	12,2%

Tabulka 34 znázorňuje místa nejčastějšího výskytu dekubitů zjištěná pozorováním sester v LDN v Liberci. 41 sester (100%) uvedlo oblast kosti křížové a paty. Podle 12 sester (29,3%) je to i ramenní kloub a podle 5 sester (27,3%) také kyčelní kloub.

Tabulka č. 35 - Lokalizace dekubitů v NNP v Ryjicích dne 14. 5. 2012

Lokalizace dekubitu	14. 5. 2012		
	Výskyt dekubitu 1. patro	Výskyt dekubitu 2. patro	Výskyt dekubitu 3. patro
Pata	ANO	ANO	ANO
Hrana DKK	NE	NE	ANO
Kolenní kloub	NE	ANO	NE
Kyčelní kloub	ANO	NE	NE
Hýždě	NE	ANO	NE
Oblast kosti křížové	ANO	ANO	ANO

Tabulka 35 znázorňuje lokalizaci dekubitů v NNP v Ryjicích dne 14. 5. 2012. Dekubity se vyskytovaly na patě, na hraně DKK, na kolenním kloubu, na kyčelním kloubu, na hýždě a v oblasti kosti křížové.

Tabulka č. 36 - Lokalizace dekubitů v LDN v Liberci dne 14. 5. 2012

Lokalizace dekubitu	14. 5. 2012	
	Výskyt dekubitu - 1. patro	Výskyt dekubitu - 2. patro
Pata	NE	ANO
Kolenní kloub	ANO	NE
Kyčelní kloub	ANO	ANO
Hýždě	NE	ANO
Oblast kosti křížové	NE	ANO

Tabulka 36 znázorňuje lokalizaci dekubitů v LDN v Liberci dne 14. 5. 2012. Dekubity se vyskytovaly na patě, na kolenním kloubu, na kyčelním kloubu, na hýždě a v oblasti kosti křížové.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že nejvíce dekubity vznikají v oblasti kosti křížové a pat. **Výsledky podporují hypotézu.**

Hypotéza č. 3:

Domnívám se, že vybavenost oddělení antidekubitními matracemi a polohovacími pomůckami je dostatečná.

Ke zjištění vybavenosti oddělení jsem provedla osobní šetření v zařízeních a analýzu dat z podkladů.

Tabulka č. 37 - Vybavenost oddělení NNP v Ryjicích antidekubitními matracemi a polohovacími pomůckami

	1. oddělení	2. oddělení	3. oddělení	Absolutní četnost
Pasivní matrace	35	43	37	115
Aktivní matrace	4	4	3	11
Polohovací pomůcky	12	15	11	38
Počet lůžek	35	43	37	115

Tabulka 37 znázorňuje vybavenost oddělení antidekubitními matracemi a polohovacími pomůckami. V NNP v Ryjicích je 115 lůžek. Všechna lůžka jsou vybavena pasivní matrací. K dispozici je 11 aktivních matrací. Vybavení polohovacími pomůckami, které splňují hygienické podmínky je v tomto zařízení omezené, ale polohovací pomůcky jsou k dispozici. Používají se podložní klíny, kvádry a korýtká. Dále se používají molitanové čtverce potažené látkovou podložkou.

Tabulka č. 38 - Vybavenost oddělení LDN v Liberci antidekubitními matracemi a polohovacími pomůckami

	1. oddělení	2. oddělení	Absolutní četnost
Pasivní matrace	43	55	98
Aktivní matrace	4	8	12
Polohovací pomůcky	0	0	0
Počet lůžek	43	55	98

Tabulka 38 znázorňuje vybavenost oddělení antidekubitními matracemi a polohovacími pomůckami. V LDN v Liberci je 98 lůžek. Všechna lůžka jsou vybavena pasivní matrací. K dispozici je 12 aktivních matrací. Použití polštářů jako polohovacích pomůcek je nevhodné, proto je v tabulce neuvádím. Personál nemá k dispozici polohovací pomůcky, které splňují hygienické podmínky.

Hypotéza č. 3: Domnívám se, že vybavenost oddělení antidekubitními matracemi a polohovacími pomůckami je dostatečná. **Výsledky nepodporují hypotézu.**

4 DISKUZE

Hlavním účelem následné lůžkové péče je poskytování specializované ústavní péče zaměřené na doléčení, ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Pacienti přicházejí převážně z akutních oddělení nemocnice, ale i z terénu po proběhlé nemoci s potřebou doléčení a stabilizace chronického onemocnění. Jedná se především o pacienty po úrazech, operacích, cévních mozkových příhodách, pacienty dementní, imobilní, s nutností výživy enterální sondou, ale i o pacienty v bezvědomí a v terminálním stádiu onemocnění. Výskyt dekubitů v zařízení úzce souvisí se základním i vedlejším onemocněním, celkovým stavem pacienta a s délkou jeho hospitalizace. Jedná se převážně o dlouhodobou hospitalizaci, která trvá i několik měsíců.

Komplexní pohled na následnou péči chybí. Následná péče je převážně definována z pohledu péče o seniory. V teorii mi činilo problém vyhledat materiály týkající se tématu. Je pravdou, že právě senioři tvoří drtivou většinu klientů těchto zařízení. Následnou péči potřebují ale i mladší pacienti, kteří nemohou být již na akutních lůžcích a jsou našimi klienty.

Ošetrovatelská péče o pacienty s dekubity je doménou sester. Jejich role v prevenci a v ošetrovatelských úkonech je nezastupitelná.

Prvním cílem mé bakalářské práce je **zjistit, jaké znalosti mají sestry o ošetrovatelské péči o pacienty s dekubity**. Ke zjištění znalostí sester, které byly respondenty, jsem sestavila dotazník, který obsahoval demografické údaje, vědomostní test a doplňující otázky.

V NNP i v LDN pracuje 100% žen, přestože se jedná o velmi těžkou fyzickou práci. Hospitalizovaní pacienti jsou převážně nesoběstační. Musí se pravidelně polohovat a vertikalizovat. Dobrou organizací práce a za pomoci nižších zdravotnických pracovníků lze zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči.

Nejvíce sester profesi zdravotní sestry vykonává 21 a více let. Myslím si, že sestry s praxí 20 a méně let jsou většinou na mateřské dovolené nebo mají malé děti a dávají přednost zaměstnání na jednu směnu. Další možností je, že mladší sestry raději vyhledávají oddělení akutní péče, než následné péče.

Převážná většina sester má pouze středoškolské vzdělání. Malé procento sester má i pomaturitní specializaci nebo vyšší odborné vzdělání. Pouze 1 sestra má vzdělání vysokoškolské. Nízké procento vysokoškolsky vzdělaných sester si vysvětlují tím, že po

ukončení vysoké školy hledají pracovní místo raději na oddělení akutní péče nebo ve větších nemocnicích.

Vědomostní otázky i správné odpovědi byly tvořeny podle odborné literatury a jsou popsány v teoretické části práce.

Ve vědomostním testu měly sestry vybrat z nabízených odpovědí predilekční místa v poloze na zádech. Oblast kosti křížové a paty uvedly všechny sestry. Překvapilo mě, že velké procento sester uvedlo i ramenní a kyčelní kloub.

Správný počet fází hojení rány uvedlo pouze 21 sester (31,8%). V otázce č. 7 měly sestry vybrat z uvedených faktorů ty, které ovlivňují hojení rány. V nabídce měly celkové faktory, místní faktory a kvalitu ošetřování. Všechny odpovědi jsou správné, přesto pouze celkové faktory označily všechny sestry.

Přehled o výživě pacienta s dekubity má většina sester. Správně uvedly, že je důležitý přísun proteinů, vitamínu C a zinku. Překvapila mě odpověď 7 sester (10,6%), které uvedly vlákniny. Pravděpodobně si spojují léčbu dekubitů se správnou funkcí gastrointestinálního traktu.

V oblasti hygieny převládá většina sester správně vlhkou pokožku nevysušuje třením. 63 sester (95,5%) polohuje pacienty s dekubity přes den v pravidelných časových 2 hodinových intervalech. 3 sestry (4,5%) polohují v 3 hodinových intervalech. To si vysvětlují tím, že nejsou řádně seznámeny se standardy zdravotnického zařízení.

V otázce pomůcek k prevenci a terapii dekubitů měly sestry vybrat z nabízených odpovědí. V nabídce měly polohovací lůžka, antidekubitní matrace, polohovací pomůcky a profesionální kosmetiku. Všechny odpovědi jsou správné, přesto pouze antidekubitní matrace a polohovací pomůcky označily všechny sestry. Překvapilo mě zjištění, že ne všechny sestry mají přehled o účinku aktivní antidekubitní matrace. 7 sester (10,6%) by nepoužilo u pacienta s dekubitem IV. stupně aktivní matraci a 13 sester (19,7%) je názoru, že u pacienta po CMP je používání aktivní matrace kontraindikováno z důvodu zvýšení rizika vzniku dekubitů. Z odpovědí vyplývá, že sestry neznají důvod použití vzduchových matrací a specifická onemocnění, u kterých je použití kontraindikováno.

V odborné literatuře se uvádí, že vodovzdornost povrchu polohovacích pomůcek je důležitá pro snadnou omyvatelnost, paropropustnost zabraňuje pocení a vzniku vlhkosti pod pacientem. Polohovací pomůcky kryté tímto povrchem splňují hygienické podmínky. Proto by měl být povrch polohovacích pomůcek pokryt povrchem

vodovzdorným a paropropustným. Velké procento sester je však názoru, že má být povrch pokryt povrchem látkovým, což jistě souvisí s tím, že se na odděleních používají jako polohovací pomůcky molitany zabalené do látkové podložky a polštáře. Používání polštářů není podle mého názoru hygienické. Je nutné zvýšeně sledovat znečištění a dbát na časté praní. U polštářů mě napadá i otázka, když se pošle znečištěný polštář použitý místo polohovací pomůcky do prádelny, vrátí se zpět pouze k polohovacímu účelu, nebo je mezi všemi polštáři, takže ho může mít pacient příště pod hlavou? Dále mě doslova šokovala odpověď 11 sester (16,7%), které si myslí, že se polohovací pomůcky používají k vyplnění lůžka. Tyto sestry pravděpodobně neznají hlavní účel polohovacích pomůcek.

V obou zařízeních pracují s prostředky, které splňují požadavky na vlhké hojení ran, což dokazuje doplňující otázka č. 19 v dotazníku. Sestry nejsou pravděpodobně řádně proškoleny, poněvadž v otázce moderních terapeutických krytí nepovažují všechny sestry za hlavní požadavek moderních krytí tzv. vlhké hojení.

Úlohou sekundárního krytí je fixace primárního krytí a absorpce nadbytečného exsudátu. 6 sester (9,1%) také uvedlo, že je úlohou zakrytí rány, aby nebyla vidět. S touto možností odpovědi jsem vůbec nepočítala. Nepředpokládala jsem, že by minimálně středoškolsky vzdělaná sestra mohla tuto odpověď použít. Je přeci důležité, aby sestra měla přehled o účinku a správné aplikaci převazového materiálu. Vždyť nejen správná volba prostředku k ošetřování dekubitu, ale i správný postup při aplikaci je základem pro žádoucí efekt hojení.

S komplikacemi při ošetřování dekubitů se setkaly všechny sestry. Uvedly nejčastěji místní komplikace, ale kladně hodnotím, že nezapomněly i na celkové komplikace.

Ještě před začátkem výzkumu jsem si myslela, že sestry v následné péči mají dobré znalosti o ošetrovatelské péči o dekubity, protože se s nimi denně v praxi setkávají. Dlouhodobá hospitalizace pacientů jim navíc umožňuje sledovat jejich vývoj.

V NNP v Ryjicích byl v roce 2010 a 2011 počet vnesených dekubitů 388 a počet vzniklých dekubitů 255, přijato bylo 1372 pacientů. V LDN v Liberci byl v roce 2010 a 2011 počet vnesených dekubitů 574 a počet vzniklých dekubitů 99. Počet přijatých pacientů celkem byl 1658. Z analýzy dat vyplynulo, že v obou zařízeních je počet vnesených dekubitů vyšší, než počet vzniklých dekubitů. Z údajů se dá také usuzovat, že každý 2 - 3 pacient měl proleženinu. Z praxe však vím, že někteří pacienti při přijetí mají i několik dekubitů různých stupňů a v různých lokalizacích. Také počet vzniklých dekubitů v zařízení se nerovná počtu pacientů s dekubitem. Setkala jsem se s tím, že

u pacienta při zhoršení zdravotního stavu vznikne i více než jeden dekubit. Proto by bylo dobré pro přesnější závěry v hodnocení výsledků, sledovat i počet pacientů, u kterých se dekubit vyskytl.

Přestože denně sestry ošetřují dekubity, výsledek vědomostního testu prokázal, že ne všechny mají dostatečné znalosti.

Druhým cílem mé práce je **zjistit místa nejčastějšího výskytu dekubitů**. V NNP v Ryjicích je vedena evidence o počtu, stupni a lokalizaci dekubitů do zařízení vnesených a v zařízení vzniklých. Z analýzy dat vyplynulo, že se dekubity vyskytují nejčastěji na patě a v oblasti kosti křížové. V LDN v Liberci je vedena evidence o počtu a stupni dekubitů do zařízení vnesených a v zařízení vzniklých. Lokalizace dekubitů se nesleduje, tudíž není statisticky podložena. Dne 14. 5. 2012 jsem provedla osobní šetření v obou zařízeních, poněvadž jsem chtěla zjistit aktuální lokalizace dekubitů u hospitalizovaných pacientů.

Třetím cílem mé práce je **zjistit vybavenost oddělení antidekubitními matracemi a polohovacími pomůckami**. V NNP v Ryjicích je 115 lůžek. Všechna lůžka jsou vybavena pasivní matrací. K dispozici je pouze 11 aktivních matrací. Osobním šetřením bylo zjištěno, že počet aktivních matrací je nedostatečný. Občas nastane situace, že by bylo zapotřebí použít aktivní matraci u pacienta s dekubitem, ale všechny matrace jsou již využity. Tato situace se řeší pomocí podložních kol. Nedostatečné vybavení oddělení antidekubitními matracemi potvrzuje i doplňující otázka č. 20 v dotazníku, tabulka č. 23. Vybavení polohovacími pomůckami, které splňují hygienické podmínky je v tomto zařízení omezené, ale polohovací pomůcky jsou k dispozici. Používají se podložní klíny, kvádry a korýtko. Dále se používají molitanové čtverce potažené látkovou podložkou.

V LDN v Liberci je 98 lůžek. Všechna lůžka jsou vybavena pasivní matrací. K dispozici je 12 aktivních matrací, přesto je vybavení oddělení antidekubitními matracemi hodnoceno sestrami jako nedostatečné. Toto potvrzuje doplňující otázka č. 20 v dotazníku, tabulka č. 24.. Šokovalo mě zjištění, že v zařízení používají místo polohovacích pomůcek polštáře. Personál nemá k dispozici polohovací pomůcky, které splňují hygienické podmínky.

Vybavenost oddělení antidekubitními matracemi a polohovacími pomůckami hodnotím jako nedostatečnou. Počet úzce souvisí s rozpočtem zařízení. Pořizovací cena není nízká.

V obou zařízení by sestry přivítaly více polohovacích pomůcek a antidekubitních matrací.

5 **ZÁVĚR**

Bakalářská práce se zabývá problematikou dekubitů u pacientů v následné lůžkové péči.

Dekubity (proleženiny) jsou zdravotní komplikací, která způsobuje pacientovi dyskomfort, prodlužuje délku hospitalizace a její léčba je finančně náročná. Vzniku dekubitu se dá předejít vhodným nastavením preventivních opatření a kvalitní ošetrovatelskou péčí.

Hlavním účelem následné lůžkové péče je poskytování specializované ústavní péče zaměřené na doléčení onemocnění, ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Jedná se převážně o dlouhodobou hospitalizaci, která trvá i několik měsíců. Pacienti přicházejí převážně z akutních oddělení nemocnice, ale i z terénu po proběhlé nemoci s potřebou doléčení a stabilizace chronického stavu. Většinu klientů tvoří senioři.

Výskyt dekubitů je jedním z indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Sledování výskytu dekubitů je metodou sledování kvality ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení. Je nutné nejen sledovat výskyt dekubitů, ale i přijmout preventivní opatření k zabránění jejich vzniku. Podstatou preventivních opatření je vyhledávání rizikových pacientů a následné přijetí takových opatření, která zabrání vzniku dekubitů.

V teoretické části práce je popsána anatomie a fyziologie kůže, problematika dekubitu, prevence a léčba. Velmi důležitá je prevence vzniku dekubitu. Pokud již dekubit vznikne je nutné jeho správné ošetřování.

V praktické části jsem analýzou dat a osobním šetřením zjistila několik nedostatků. Vědomosti většiny sester v problematice dekubitů jsou nedostatečné. Kladně hodnotím zájem sester o prohloubení znalostí. V NNP v Ryjicích uvedlo zájem 22 sester (88%) a v LDN v Liberci 40 sester (97,6%). Mým návrhem je uspořádat seminář pro všeobecné sestry, který by se zabýval problematikou dekubitů. Dále jsem dospěla k výsledku, že dekubity nejčastěji vznikají na patě a v oblasti kosti křížové. Z toho by se dalo usuzovat, že pacienti zaujímají nejdéle polohu na zádech nebo vsedě. V prevenci a péči o pacienty s dekubity je velmi důležitá vybavenost oddělení pomůckami, ale i personální obsazení. V obou zařízeních by sestry přivítaly více pomocného personálu, více polohovacích pomůcek a více antidekubitních matrací.

S výsledky vědomostního testu a s názory sester ohledně vybavení zařízení jsem seznámila vrchní i hlavní sestru obou zařízení.

V prosinci 2012 v Nemocnici následné péče v Ryjčích uspořádám seminář pro zdravotní sestry na téma „Ošetrovatelská péče o pacienty s dekubity v Nemocnici následné péče v Ryjčích“. Tento termín mám domluven s hlavní sestrou zařízení.

Z této práce vyplývá pro praxi: kvalitní ošetrovatelská péče má být poskytována sestrami, které mají dostatečné znalosti jak v prevenci, tak v ošetrování dekubitů. Pokud tomu tak není, je zapotřebí dalšího vzdělávání v dané problematice. Pro prevenci a péči o pacienty s dekubity je velmi důležitá i vybavenost oddělení pomůckami a je na hlavní a vrchní sestře, aby toto zajistily. Po ukončení výzkumu, byly v obou zařízeních objednány 2 aktivní matrace. Vedoucí pracovníci mohou pomocí získané statistiky apelovat pro nákup dalších pomůcek, vždyť jde o rozsáhlý problém, kterému je potřeba se věnovat.

6 LITERATURA A PRAMENY

Bibliografické zdroje:

1. MERKUNOVÁ, A., OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. s. 304. ISBN 978-80-247-1521-6
2. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N. *Prevence dekubitů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. s. 104. ISBN 978-80-247-2043-2
3. RIEBELOVÁ, V., VÁLKA, J., FRANCŮ, M. *Dekubity prevence, konzervativní a chirurgická léčba*. 1. vydání. Praha: Galén, 2000. s. 159. ISBN 80-7262-033-9
4. HOFFMANNOVÁ, P., PLÍVOVÁ, L. *Základy ošetrovatelské péče*. 1. díl. 1. vydání. Technická univerzita v Liberci, 2008. s. 124. ISBN 978-80-7372-340-8
5. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. s. 270. ISBN 80-7262-365-6
6. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brně, 2006. s. 186. ISBN 80-7013-324-4
7. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. s. 248. ISBN 978-80-247-18-68-2
8. KOHOUT, P. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2004. s. 40. ISBN 80-7345-030-5
9. BUREŠ, I. *Léčba rány*. 1. vydání. Praha: Galén, 2006. s. 78. ISBN 80-7262-413-X
10. STRYJA, J. *Repetitorium hojení ran*. 1. vydání. Semily: Geum, 2008. s. 199. ISBN 978-80-86256-60-3
11. RIEBELOVÁ, V., VÁLKA, J., FRANCŮ, M. *Trendy soudobé chirurgie- Dekubity*. 1. vydání. Praha: Galén, 2000. s. 159. ISBN 80-7262-033-9
12. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6- hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. s. 55. ISBN 80-7013-323-6
13. ŠVESTKOVÁ, S. *Léčba chronických ran*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. s. 72. ISBN 80-7013-348-1
14. RESL, V. *Hojení chronických ran*. Praha: Grada Publishing a.s., 1997. s. 425. ISBN 80-7169-239-5

15. MIKŠOVÁ, Z. *Kapitoly ošetrovateľskej péče I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. s. 248. ISBN 80-247-1442-6
16. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovateľstvo* 2. Martin: Osveta, 2004. s. 638. ISBN 80-217-0528-0
17. BUREŠ, I. Rozdělení a základní přehled moderních obvazových materiálů. In *Pomocník diabetologa* 2007. 1. vydání. Semily: Geum, 2007. s. 150-160. ISBN 978-80-86256-528
18. KOLEKTIV AUTORŮ *Výkladový ošetrovateľský slovník*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2240-5
19. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6
20. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2

Elektronické zdroje:

21. *Fáze hojení rány*, (online) dostupné na <http://www.lecbarany.cz/o-lecbe-ran/faze-hojeni-ran> [cit. 1.8.2011]
22. *Biolampy- Hojení ran*, (online) dostupné na <http://biolampa.net/hojeni-ran/> [cit. 1.8.2011]
23. *Standardy ošetrovateľskej péče*, (online) dostupné na http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardy-osetrovatske-pece_1854_15.html [cit. 7.8.2011]
24. *Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovateľskej péče*, (online) dostupné na <http://www.nrc.cz/cs/sledovani-dekubitu-jako-indikatoru-kvality-osetrovatske-pece-florence-32011> [cit. 7.8.2011]
25. *Ošetrovateľství- Příklady standardů ošetrovateľskej péče*, (online) dostupné na <http://www.vnl.xf.cz/ose/ose-standard.php> [cit. 8.10.2011]
26. *Dekubity*, (online) dostupné na http://www.SZS-tabor.cz/Projekt/projekt/ose/Data/Texty_dekubity.doc [cit. 20.11.2011]
27. *Ošetřování nemocného s dekubity*, (online) dostupné na <http://ict1.mmsw.cz/img/OsetreniNemocnehoSdekubity.ppt> [cit. 26.11.2011]
28. *Dekubity- proleženiny*, (online) dostupné na <http://compex.zdravi-cz.eu/dekubity-prolezeniny.php> [cit. 26.11.2011]

29. *Polohovací pomůcky*, (online) dostupné na <http://www.danamusilova.webnode.cz/sluzby/polohovaci-pomucky/>
[cit. 26.11.2011]
30. *Zdravotnické potřeby*, (online) dostupné na <http://www.zptech.cz/zptech/eshop/28-1-Luzka-mechanicka> [cit. 26.11.2011]
31. *Zdravotnické potřeby*, (online) dostupné na <http://www.zptech.cz/zptech/eshop/27-1-Luzka-elektricka> [cit. 26.11.2011]
32. *DMA- Praha, zdravotnické potřeby*, (online) dostupné na <http://www.dmapraha.cz/katalog/penove/> [cit. 26.11.2011]
33. *DMA- Praha, zdravotnické potřeby*, (online) dostupné na <http://www.dmapraha.cz/katalog/vzduchove/> [cit. 26.11.2011]

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 - Grafické znázornění etiologie vzniku dekubitů

7 SEZNAM TABULEK

- | | |
|----------------------|---|
| Tabulka č. 1 | - Pohlaví respondentů |
| Tabulka č. 2 | - Délka praxe respondentů v profesi zdravotní sestry |
| Tabulka č. 3 | - Nejvyšší ukončené vzdělání |
| Tabulka č. 4 | - Zařízení, ve kterém respondenti pracují |
| Tabulka č. 5 | - Predilekční místa v poloze na zádech |
| Tabulka č. 6 | - Počet fází hojení rány |
| Tabulka č. 7 | - Faktory ovlivňující hojení rány |
| Tabulka č. 8 | - Nezbytné živiny, vitamíny a stopové prvky pro pacienty s dekubity |
| Tabulka č. 9 | - Hygienická opatření |
| Tabulka č. 10 | - Polohování pacienta s dekubity přes den v časových intervalech |
| Tabulka č. 11 | - Pomůcky k prevenci a terapii dekubitů |
| Tabulka č. 12 | - Typ antidekubitní matrace použitý u pacienta s dekubitem IV. stupně |
| Tabulka č. 13 | - Kontraindikace použití aktivní matrace u pacienta po CMP- z důvodu |
| Tabulka č. 14 | - Povrch polohovacích pomůcek - pokrytí potahem |
| Tabulka č. 15 | - Použití polohovacích pomůcek |
| Tabulka č. 16 | - Požadavky na moderní terapeutická krytí |
| Tabulka č. 17 | - Úloha sekundárního krytí |
| Tabulka č. 18 | - Komplikace ošetřování dekubitů |
| Tabulka č. 19 | - Vyhodnocení znalostí ve vědomostním testu |
| Tabulka č. 20 | - Úspěšnost ve vědomostním testu |
| Tabulka č. 21 | - Prostředky k ošetřování dekubitů v NNP v Ryjicích |
| Tabulka č. 22 | - Prostředky k ošetřování dekubitů v LDN v Liberci |
| Tabulka č. 23 | - Vybavení oddělení NNP v Ryjicích antidekubitními matracemi |
| Tabulka č. 24 | - Vybavení oddělení LDN v Liberci antidekubitními matracemi |
| Tabulka č. 25 | - Možnosti usnadnění práce na oddělení v NNP v Ryjicích |

Tabulka č. 26 -	Možnosti usnadnění práce na oddělení v LDN v Liberci
Tabulka č. 27 -	Zájem o prohloubení znalostí respondentů v NNP v Ryjicích
Tabulka č. 28 -	Zájem o prohloubení znalostí respondentů v LDN v Liberci
Tabulka č. 29 -	Lokalizace dekubitů v NNP v Ryjicích v roce 2010 a 2011
Tabulka č. 30 -	Lokalizace dekubitů v NNP v Ryjicích dne 14.5.2012
Tabulka č. 31 -	Lokalizace dekubitů v LDN v Liberci dne 14.5.2012
Tabulka č. 32 -	Úspěšnost ve vědomostním testu
Tabulka č. 33 -	Výskyt dekubitů v LDN v Liberci v roce 2010 a 2011
Tabulka č. 34 -	Místa nejčastějšího výskytu dekubitů v LDN v Liberci - pozorování sester
Tabulka č. 35 -	Lokalizace dekubitů v NNP v Ryjicích dne 14.5.2012
Tabulka č. 36 -	Lokalizace dekubitů v LDN v Liberci dne 14.5.2012
Tabulka č. 37 -	Vybavenost oddělení NNP v Ryjicích antidekubitními matracemi a polohovacími pomůckami
Tabulka č. 38 -	Vybavenost oddělení LDN v Liberci antidekubitními matracemi a polohovacími pomůckami

8 SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Predilekční místa v poloze na zádech

Graf č. 2 - Počet fází hojení rány

Graf č. 3 - Pomůcky k prevenci a terapii dekubitů

Graf č. 4 - Typ antidekubitní matrace použitý u pacienta s dekubitem IV. stupně

Graf č. 5 - Povrch polohovacích pomůcek - pokrytí potahem

Graf č. 6 - Použití polohovacích pomůcek

Graf č. 7 - Vybavení oddělení NNP v Ryjicích antidekubitními matracemi

Graf č. 8 - Vybavení oddělení LDN v Liberci antidekubitními matracemi

Graf č. 9 - Zájem o prohloubení znalostí respondentů v NNP v Ryjicích

Graf č. 10 - Zájem o prohloubení znalostí respondentů v LDN v Liberci

Graf č. 11 - Úspěšnost ve vědomostním testu

Graf č. 12 - Lokalizace dekubitů v NNP v Ryjicích v roce 2010 a 2011

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Predilekční místa

Příloha č. 2 - Stupně dekubitů

Příloha č. 3 - Polohovací pomůcky

Příloha č. 4 - Polohovací lůžka

Příloha č. 5 - Antidekubitní matrace

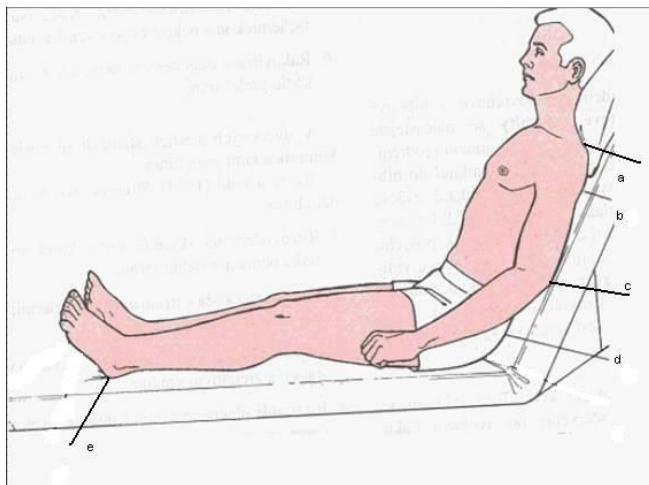
Příloha č. 6 - Hodnotící škály

Příloha č. 7 - Protokol k provádění výzkumu

Příloha č. 8 - Dotazník

Příloha č. 9 - Vědomostní test

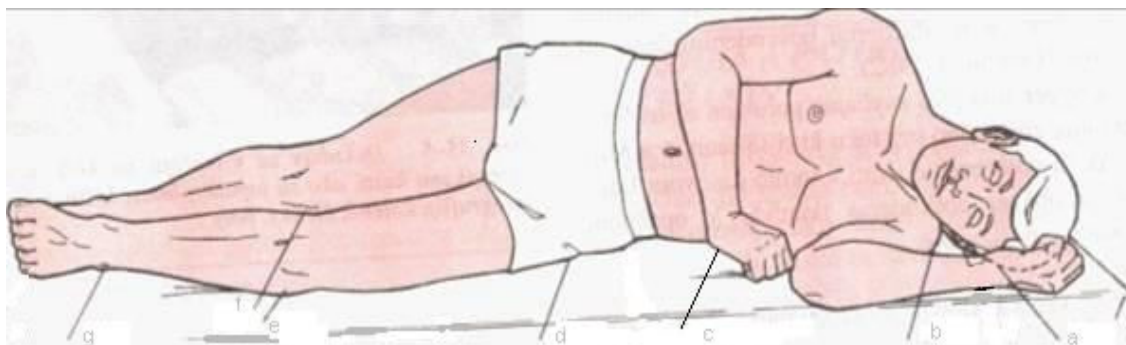
Příloha č. 1 - Predilekční místa (27)



Predilekční místa v poloze na zádech

- a- trn 7. krčního obratle
- b- hřebeny lopatek
- c- loketní klouby

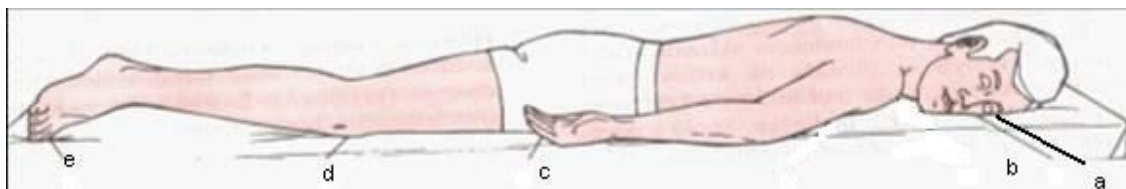
- d- oblast kosti křížové
- e- paty



Predilekční místa v poloze na boku

- a- oblast kosti spánkové
- b- ramenní kloub
- c- zevní strana hrudního koše
- d- kyčelní kloub

- e- zevní strana kolenního kloubu
- f- vnitřní strana kolenního kloubu
- g- zevní kotník



Predilekční místa v poloze na břiše

- a- lícní kost
- b- ucho
- c- hřebeny kostí kyčelních

- d- kolena
- e- palce

Příloha č. 2 - Stupně dekubitů (28)



Dekubit I. stupně



Dekubit II. stupně

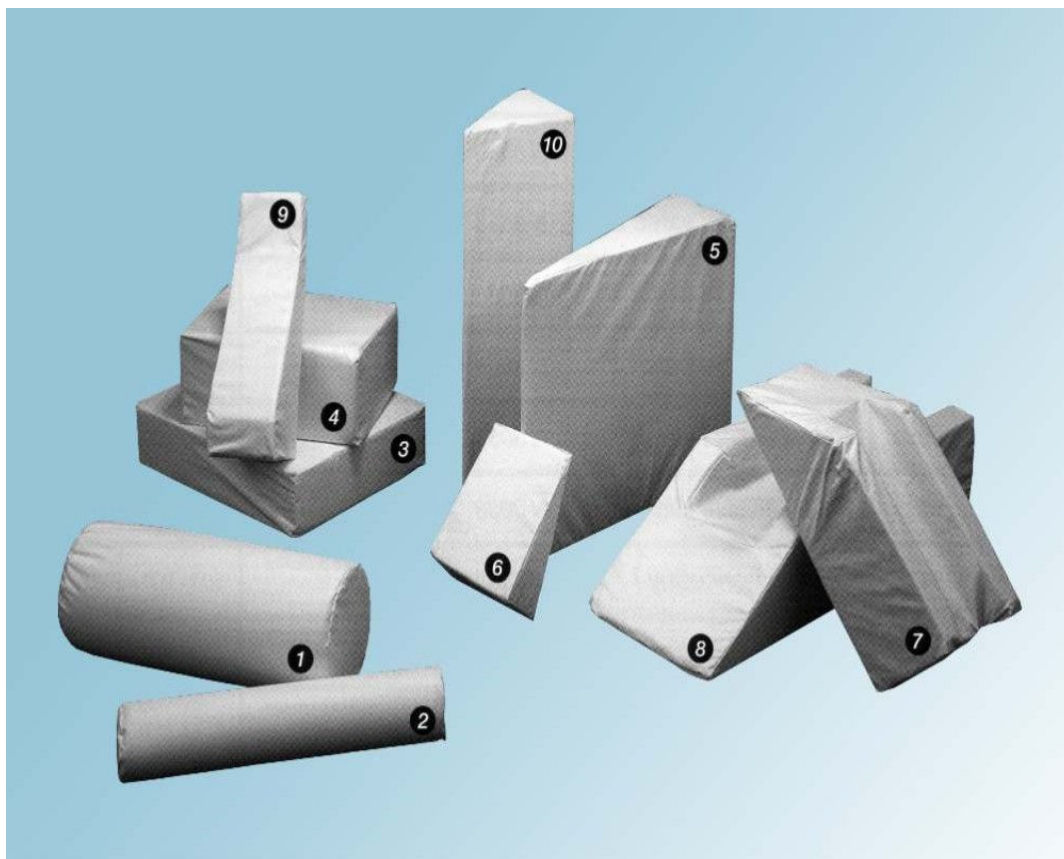


Dekubit III. stupně



Dekubit IV. stupně

Příloha č. 3 - Polohovací pomůcky (29)



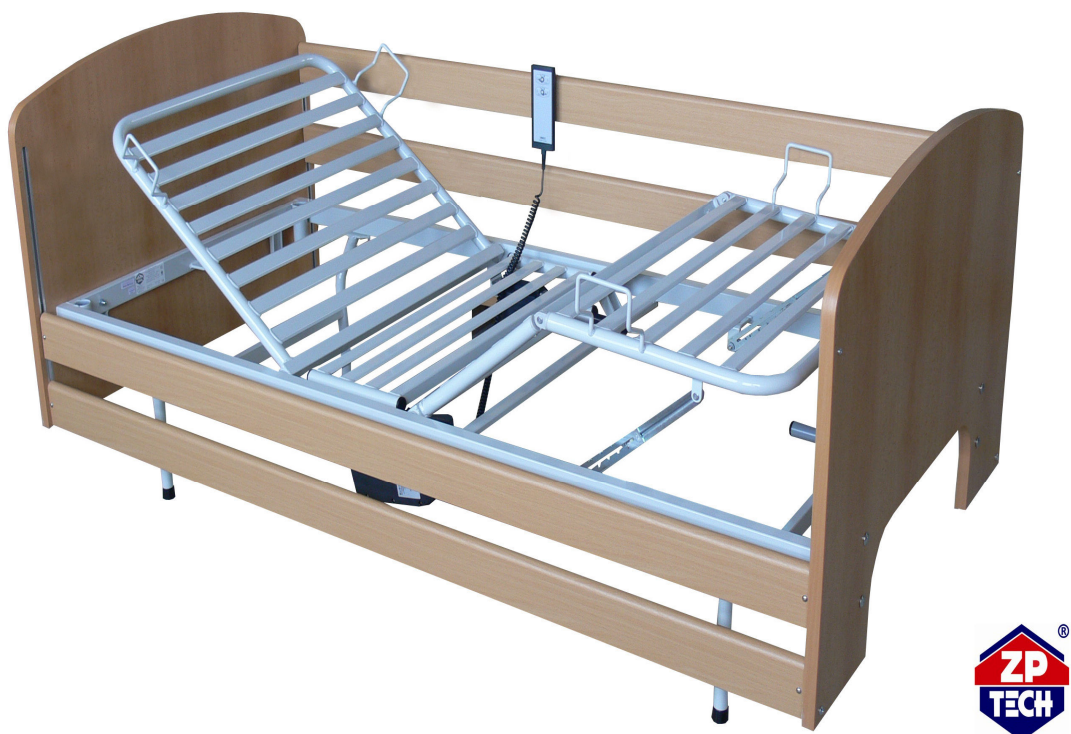
Popis obrázku

- 1, 2 - polohovací válce
- 3, 4 - polohovací kvádry
- 5, 6, 10 - polohovací klín
- 7, 8 - opěrka končetiny
- 9 - opěrka paže

Příloha č. 4 - Polohovací lůžka (30, 31)



Polohovací lůžko mechanické



Polohovací lůžko elektrické

Příloha č. 5 - Antidekubitní matrace (32, 33)



Antidekubitní matrace pěnová (pasivní)



Antidekubitní matrace vzduchová (aktivní)



Kompresor ke vzduchové matraci

Příloha č. 6 - Hodnotící škály (6)

Rozšířená stupnice podle Nortonové

Bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpov. stupně	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká	anémie, ucpávání tepen, obezita, karcinom	špatný	zmatený	sedačka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

Stupnice podle Bradenové

Citlivost percepcie schopnost respondovat s nepohodlím	1. úplně limitovaný: neodpovídá na bolestivé stimuly, buď pr stav bezvědomí nebo silné senzorické poškození, které limituje citlivost bolesti na většinu povrchu těla	2. hodně limitovaný: odpovídá pouze na bolestivé stimuly (na verbální pokyny) otevřením očí nebo flexí končetin, nemůže verbálně komunikovat nepohodlí nebo má senzorické poškození, které limituje schopnost cítit bolest nebo nepohodlí na 1/2 těla	3. mírně limitovaný: odpovídá na verbální pokyny otevřením očí a poslechnutím příkazů, nemůže vždy komunikovat potřebu být polohován nebo má nějaké senzorické poškození, které limituje schopnost cítit bolest nebo nepohodlí na jedné či obou končetinách	4. žádné poškození: odpovídá na příkaz uposlechnutím, sděluje potřeby přesně, nemá senzorická omezení, která by limitovala schopnost cítit bolest, nepohodlí
Vlhkost stupeň, kterému je kůže vystavena vlhkosti	1. velmi vlhká: kůže je téměř stále vlhká potem a močí, vlhkost je zaznamenávána vždy, když se pacient pohne nebo otočí, ložní prádlo musí být měněno častěji než 1x za směnu	2. příležitostně mokrá: kůže je často, ale ne vždy mokrá, ložní prádlo musí být měněno 2x – 3x/24 hod.	3. zřídka mokrá: kůže je zřídka mokrá více než 3x – 4x za týden, ale v tom případě je nutné pravidelně vyměňovat ložní prádlo	4. nikdy mokrá: pocení a inkontinence není nikdy problém, prádlo měníme jen v pravidelných intervalech
Aktivita stupeň fyzické aktivity	1. připoutaný na lůžko:	2. připoutaný k židli: schopnost chůze silně poškozená nebo žádná a musí být pomoci do židle, vozíku, když není v posteli, je připoután na židli nebo vozík	3. příležitostně chodí: během dne, ale na velmi krátké vzdálenosti s nebo bez pomoci, tráví většinu času v posteli nebo na židli	4. chodí často: chodí na malé vzdálenosti nejméně 1x/1 – 2 hodiny – přes den
Pohyblivost schopnost měnit a kontrolovat polohu těla	1. úplná nepohyblivost: neschopnost udělat byt mírnou změnu v poloze bez pomoci	2. velmi limitovaná: dělá příležitostně mírné změny v poloze bez pomoci, ale neschopen udělat časté nebo signifikantní změny v poloze nezávisle	3. mírně limitovaná: dělá časté, ačkoli mírné změny v poloze bez pomoci, ale neschopen udělat nebo vydržet hlavní změny v poloze nezávisle	4. žádná limitace: dělá velké a časté změny v poloze bez pomoci
Výživa obvyklé vzorce příjmu potravy	1. velmi špatná: nikdy nesní celé jídlo, zřídka jí více než 1/3 nabídnutého jídla, příjem bílkovin je zanedbatelný, dokonce je i nesprávný příjem tekutin, nepřijímá nic per os (TPV) a nebo přijímá tekutiny ústy či i. v. více než 5 dní	2. pravděpodobně neadekvátní: zřídka jí úplné jídlo a obecně jí 1/2 nabídnutého jídla, má špatný příjem bílkovin, občas přijímá tekuté dietní náhražky nebo obdrží méně než optimum množství tekuté diety	3. adekvátní: jí přes polovinu většiny jídel, jí malé množství bílkovinných zdrojů 1x – 2x denně, občas odmítne jídlo, obvykle si vezme dietní náhražku pokud je nabídnuta nebo TPV, která pravděpodobně zajistí většinu potřeb	4. výborná: jí většinu jídla, nikdy neodmítá jídlo, často jí mezi jídly, nevyžaduje dietní náhražky
Tření a protížení	1. problém: vyžaduje mírnou až maximální pomoc v pohybu, úplné zvednutí bez smýkání po prostěradle není možné, často je kůže smýkána při polohování na lůžku či při transportu do židle, vyžaduje časté polohování s maximální pomocí – spasticita a kontrakce vede téměř ke stálému tření	2. potenciální problém: pohybuje se mírně nezávisle nebo vyžaduje minimální pomoc, kůže možná klouže proti prostěradlu na posteli nebo židli v určitém rozsahu, když se objeví pohyb pacient udržuje relativně dobrou pozici na židli nebo posteli po většinu času, ale občas sklouzne dolů	3. nezjevný problém: pohybuje se na židli a na posteli nezávisle a má dostatečnou svalovou sílu se úplně zvednout udržuje vždy dobrou polohu na židli a v posteli	

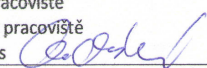
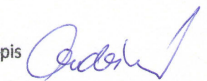
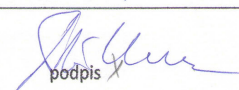
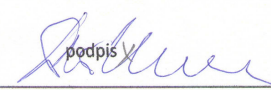
Waterlowova škála

Stavba těla / výška pro váhu		Typ kůže v ohrožené oblasti		Pohlaví, věk		Zvláštní rizika	
průměrný	0	zdravá	0	muž	1	podvýživa tkání např. termická kachexie	8
nadprůměrný	1	papírová	1	žena	2	srdeční selhání	5
obézní	2	suchá	1	14 – 49	1	periferní vaskulární choroba	5
podprůměrný	3	edematózní	1	50 – 74	2	anémie	2
		vlhká (zvýšená teplota)	1	75 – 80	3	kouření	1
		nepřiměřeně zbarvená	2	81 +	4		
Kontinence		Pohyblivost		Chuť k jídlu		Neurologická porucha	
úplná (katetrizován)	0	plná	0	průměrná	0	DM	4 – 6
občasná inkontinence	1	neklidný (vrtí se)	1	chabá	1	roztroušená skleróza	4 – 6
katetrizován/ inkontinence stolice	2	apatie	2	sonda (pouze tekutiny)	2	paraplegie	4 – 6
obojí inkontinence	3	omezená hybnost	3	nic per os	3		
		nehybný (trakce)	4				
		v křesle	5				
Operace / trauma		Medikace					
ortopedická, pod úroveň pasu	5	cytostatika, vysoké dávky steroidů protizánětlivé léky	5				
páteř, na stole déle než 2 hodiny	5						

Příloha č. 7 - Protokol k provádění výzkumu

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Šrámková Ivana	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Všeobecná sestra	Z09000142	3.
Téma práce	Ošetrovatelská péče o pacienty s dekubity v následné lůžkové péči	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Nemocnice následné péče Ryjice	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Jana Andršová	
Vyjadření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Datum zahájení výzkumu	12.12.2011	
Datum ukončení výzkumu	13.1.2012	
Počet oslovených respondentů (personálu)	29	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V..... dne 12.12.11

Šrámková

podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Šrámková Ivana	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Všeobecná sestra	Z09000142	3.
Téma práce	Ošetrovatelská péče o pacienty s dekubity v následné lůžkové péči	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Léčebna dlouhodobě nemocných Liberec	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Jana Andršová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	12.12.2011	
Datum ukončení výzkumu	13.1.2012	
Počet oslovených respondentů (personálu)	43	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V Liberci dne 12.12.11

Šrámková

podpis studenta



Příloha č. 8 - Dotazník

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolte, abych se na Vás obrátila s žádostí o vyplnění dotazníku, který je podkladem pro moji bakalářskou práci na téma **Ošetrovatelská péče o pacienty s dekubity v následné lůžkové péči**. Dotazník je anonymní.

Za jeho vyplnění a čas jemu věnovaný, Vám mnohokrát děkuji.

Ivana Šrámková - studentka Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci, obor všeobecná sestra, kombinovaná forma studia

Prosím zakroužkujte Vámi zvolenou odpověď. Pokud nebude uvedeno jinak, označte u otázek vždy jen jednu odpověď z nabízených možností.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Jaká je délka Vaší praxe?

- a) méně než 5 let
- b) 5- 10 let
- c) 11- 15 let
- d) 16- 20 let
- e) 21 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) úplné středoškolské odborné (všeobecná sestra)
- b) pomaturitní specializační studium v oboru
- c) vyšší odborné (Dis.)
- d) vysokoškolské (Bc., Mgr.)

4. V jakém typu zařízení pracujete?

- a) nemocnice následné péče
- b) léčebna dlouhodobě nemocných

5. Predilekční místa v poloze na zádech jsou:

(možnost více odpovědí)

- a) oblast kosti křížové
- b) paty
- c) ramenní kloub
- d) kyčelní kloub

6. Kolik fází má hojení rány?

- a) jednu
- b) dvě
- c) tři
- d) čtyři

- 7. Které faktory ovlivňují hojení rány?**
(možnost více odpovědí)
a) systémové- celkové (věk, výživa, celkový stav, ...)
b) místní (hloubka, velikost, lokalizace rány, ...)
c) kvalita ošetřování
- 8. U pacientů s dekubity je ve výživě důležitý přísun:**
a) proteinů, vitamínu C a zinku
b) sacharidů, protože cukr dodává energii
c) tuků, vitamínu E a železa
d) vlákniny
- 9. V oblasti hygieny je důležité:**
a) začervenala místa řádně promasírovat
b) vlhkou pokožku nevysušovat třením, ale mírným tlakem
c) stav pokožky sledovat 1x týdně
- 10. Polohu pacienta s dekubity měníme přes den v pravidelných časových intervalech každé:**
a) 2 hodiny
b) 3 hodiny
c) 4 hodiny
d) jinak (prosím doplňte)
- 11. Jaké pomůcky se používají k prevenci a terapii dekubitů?**
(možnost více odpovědí)
a) polohovací lůžka
b) antidekubitní matrace
c) polohovací pomůcky
d) profesionální kosmetika
- 12. Kterou antidekubitní matraci použijete u pacienta s dekubitem IV. stupně?**
a) standardní
b) pasivní
c) aktivní
- 13. U pacienta po CMP je používání aktivní matrace kontraindikováno z důvodu:**
a) vysokých finančních nákladů
b) nestabilního povrchu, který může snížit pacientovu pohyblivost
c) zvýšení rizika vzniku dekubitů
- 14. Povrch polohovacích pomůcek má být pokryt potahem:**
(možnost více odpovědí)
a) vodovzdorným
b) jednobarevným
c) paropropustným
d) látkovým

15. Polohovací pomůcky se používají k:

(možnost více odpovědí)

- a) podkládání končetin
- b) zajištění polohy
- c) vyplnění lůžka

16. Moderní terapeutická krytí splňují požadavky na tzv.:

- a) rychlé hojení ran
- b) vlhké hojení ran
- c) nevím

17. Jaká je úloha sekundárního krytí?

(možnost více odpovědí)

- a) fixace primárního krytí
- b) absorpce nadbytečného exsudátu
- c) zakrytí rány, aby nebyla vidět

18. Vyjmenujte 3 komplikace ošetřování dekubitů.

.....

19. Napište 5 prostředků, které používáte nejčastěji k ošetřování dekubitů.

.....

.....

20. Myslíte si, že vybavení Vašeho oddělení antidekubitními matracemi je:

- a) dostatečné
- b) nedostatečné

21. Co by Vám usnadnilo práci v prevenci a péči o pacienty s dekubity na Vašem oddělení?

(můžete vybrat i více odpovědí)

- a) více pomocného personálu
- b) více odborného personálu
- c) více polohovacích pomůcek
- d) více antidekubitních matrací
- e) moderní polohovatelná lůžka
- f) jiné, uveďte

.....

22. Máte zájem prohloubit si Vaše dosavadní znalosti v oblasti prevence a léčby dekubitů?

- a) ano
- b) ne

Vyplněné dotazníky odevzdejte prosím Vaší staniční sestře.

Děkuji, Šrámková Ivana

Příloha č. 9 - Vědomostní test

Správné odpovědi jsou modře zvýrazněny.

- 5. Predilekční místa v poloze na zádech jsou:**
(možnost více odpovědí)
a) oblast kosti křížové
b) paty
c) ramenní kloub
d) kyčelní kloub
- 6. Kolik fází má hojení rány?**
a) jednu
b) dvě
c) tři
d) čtyři
- 7. Které faktory ovlivňují hojení rány?**
(možnost více odpovědí)
a) systémové- celkové (věk, výživa, celkový stav, ...)
b) místní (hloubka, velikost, lokalizace rány, ...)
c) kvalita ošetřování
- 8. U pacientů s dekubity je ve výživě důležitý přísun:**
a) proteinů, vitamínu C a zinku
b) sacharidů, protože cukr dodává energii
c) tuků, vitamínu E a železa
d) vlákniny
- 9. V oblasti hygieny je důležité:**
a) začervenálá místa řádně promasírovat
b) vlhkou pokožku nevysušovat třením, ale mírným tlakem
c) stav pokožky sledovat 1x týdně
- 10. Polohu pacienta s dekubity měníme přes den v pravidelných časových intervalech každé:**
a) 2 hodiny
b) 3 hodiny
c) 4 hodiny
d) jinak (prosím doplňte)
- 11. Jaké pomůcky se používají k prevenci a terapii dekubitů?**
(možnost více odpovědí)
a) polohovací lůžka
b) antidekubitní matrace
c) polohovací pomůcky
d) profesionální kosmetika

12. Kterou antidekubitní matraci použijete u pacienta s dekubitem IV. stupně?

- a) standardní
- b) pasivní
- c) aktivní

13. U pacienta po CMP je používání aktivní matrace kontraindikováno z důvodu:

- a) vysokých finančních nákladů
- b) nestabilního povrchu, který může snížit pacientovu pohyblivost
- c) zvýšení rizika vzniku dekubitů

14. Povrch polohovacích pomůcek má být pokryt potahem:

(možnost více odpovědí)

- a) vodovzdorným
- b) jednobarevným
- c) paropropustným
- d) látkovým

15. Polohovací pomůcky se používají k:

(možnost více odpovědí)

- a) podkládání končetin
- b) zajištění polohy
- c) vyplnění lůžka

16. Moderní terapeutická krytí splňují požadavky na tzv.:

- a) rychlé hojení ran
- b) vlhké hojení ran
- c) nevím

17. Jaká je úloha sekundárního krytí?

(možnost více odpovědí)

- a) fixace primárního krytí
- b) absorpce nadbytečného exsudátu
- c) zakrytí rány, aby nebyla vidět

18. Vyjmenujte 3 komplikace ošetřování dekubitů.

.....